

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 28

DE L'ABLATION
DES
TUMEURS LOCALISÉES
DE LA PROSTATE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre PIZARD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE NICE

Né à Saint-Étienne, le 12 janvier 1884.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, RUE RACHAIS, 8

1909

DE L'ABLATION
DES
TUMEURS LOCALISÉES
DE LA PROSTATE

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910 — N° 28

DE L'ABLATION
DES
TUMEURS LOCALISÉES
DE LA PROSTATE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre PIZARD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE NICE

Né à Saint-Étienne, le 12 janvier 1884.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		X...
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée		COLLET.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	BERARD,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LÉPINE.	LATARJET, ch...
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	BÉRIEL, ch...
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	BRETIN, ch...
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE.	THEVENOT, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	
TIXIER.	PATEL.	NOGIER.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président; M. NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur;

MM. TIXIER et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE, DE MA MÈRE,
DE MON FRÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. le Professeur A. PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Il y a cinquante ans, la confusion du cancer de la prostate avec son hypertrophie était constante, et l'on ne retrouve aucune description des tumeurs prostatiques avant 1861 ; à cette date THOMPSON publia une description avec 18 cas. En Allemagne, O. WYSS publie en 1869 un mémoire portant sur 28 observations. En 1869 vint le travail de JOLLY qui fait un exposé très complet de la question, avec 41 observations.

Depuis cette époque, on voit les travaux se multiplier ; nous ne pouvons les citer tous ; citons parmi les plus importants les leçons cliniques de GUYON sur le cancer de la prostate (1886) et ceux de PONCET (1899), dans son livre sur la cystostomie sus-pubienne.

Si nous envisageons la question surtout au point de vue opératoire, nous verrons que PASTEAU (th. de Paris, 1898) rejette complètement l'intervention chirurgicale ; nous devons dire qu'il est le seul auteur de cet avis, car les travaux d'ORAISON, de POUSSE, de FOURNIER, en France ; ceux de FURSTENHEIM, de BECKEL, en Allemagne ; d'HARRISON et de WALKER, en Angleterre ; de YOUNG, en Amérique, admettent tous la possibilité d'une cure radicale des tumeurs malignes de la prostate. Les communications d'observations de ces opérations sont nombreuses en ces dernières années. En résumé,

après une période où le cancer de la prostate n'existait pas en tant qu'entité morbide, la question s'est développée, surtout pendant la fin du XIX^e siècle au point de vue anatomo-clinique, et ce n'est que depuis une dizaine d'années que le traitement radical de ces cancers a été tenté d'une façon courante.

Nous avons eu l'occasion de voir opérer, dans le service de M. le professeur PONCET, un cas de tumeur maligne limité de la prostate, que M. le docteur LERICHE extirpa par la voie transvésicale. Nous eûmes ainsi l'idée d'entreprendre ce travail, dans lequel nous nous proposons de rechercher quelles furent jusqu'ici les interventions préconisées contre ces tumeurs, quels en furent les résultats. Nous ferons auparavant une revue succincte de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie et du diagnostic des formes limitées de l'épithélioma de la prostate, laissant systématiquement de côté ce qui a trait aux sarcomes ainsi qu'aux cancers généralisés.



Avant d'aborder ce travail, qui va marquer pour nous le terme de nos études médicales, nous tenons à remercier ici nos maîtres de la Faculté de Lyon et des hôpitaux de Nice. Que MM. les professeurs JABOULAY, LÉPINE, ROLLET et NICOLAS, M. le professeur agrégé VILLARD, chirurgien des hôpitaux de Lyon; M. le docteur LECLERC, médecin des hôpitaux de Lyon, soient assurés de notre reconnaissance pour l'enseignement clinique qu'ils nous donnèrent lorsque nous fûmes stagiaire dans leurs services.

MM. les professeurs agrégés BALESTRE et MORIEZ, MM. les docteurs ARDOIN et BOURDON, médecins des hôpitaux de Nice; MM. les docteurs BENSA et ROSSO, chirurgiens des hôpitaux; MM. les docteurs GASIGLIA et CIAUDO, accoucheurs des hôpitaux, n'ont cessé de nous témoigner de l'intérêt durant notre internat à l'hôpital Saint-Roch. Nous ne l'oublierons pas, heureux que nous sommes d'avoir reçu leurs conseils éclairés et pratiques. Que nos camarades d'internat soient assurés, eux aussi, de toute notre sympathie.

Nous remercions M. le professeur PONCET de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne saurons jamais trop remercier M. le docteur R. LERICHE, chef de clinique chirurgicale, de l'obligeance avec laquelle il nous aida de ses conseils pour l'élaboration de ce travail.

ÉTIOLOGIE

Le cancer de la prostate, comme tous les cancers, peut être primitif ou secondaire.

Le *cancer primitif* a été considéré comme rare; mais par le perfectionnement de nos connaissances cliniques sur ce sujet, la fréquence des cas augmente. Sur 100 prostates hypertrophiées, Albarran et Hallé en ont trouvé 14 ayant des lésions épithéliales manifestes, ce qui leur donne la forte proportion de 14 %. Young donne un chiffre plus faible (8,3 %): il a observé 25 cancers sur 300 prostates hypertrophiées.

C'est une lésion de l'âge avancé. Aucun auteur, sauf Engelbach, n'a vu chez des malades jeunes. L'âge le plus fréquent est le même que pour l'hypertrophie de la prostate, mais quelquefois on a vu des cas chez des hommes plus jeunes. Nous ne parlons que des tumeurs épithéliales, car au contraire le sarcome est très fréquent chez l'enfant.

La véritable cause du cancer prostatique n'est pas plus connue que celle du cancer en général. Cependant, l'hérédité cancéreuse ne peut être niée, bien qu'Hallopeau (1) ne l'admette pas. Engelbach rapporte des cas de cancers prostatiques évoluant chez des malades dont les parents moururent, soit de cancer du rein, soit de

(1) HALLOPEAU. *Th. de Paris*, 1906.

cancer du pylore; (à la vérité, ces observations ne sont pas nombreuses).

Les inflammations antérieures de la glande, telles que la prostatite blennorrhagique, jouent un certain rôle. Julien (1) a retrouvé la blennorrhagie 21 fois sur 47 cancers; et l'on doit encore tenir compte des réticences des malades. D'autre part, toutes les causes de congestion de la prostate, excès de coït, de tabac, d'alcool, quelquefois même la dépression morale, peuvent avoir une certaine place parmi les causes prédisposantes des cancers prostatiques.

Le point capital dans l'étiologie du cancer primitif, c'est le rôle de l'hypertrophie prostatique. On ne peut nier qu'une relation intime unit la bénigne et classique hypertrophie de la prostate avec le cancer. FORGUE n'admet pas ce rôle ni ces rapports; cependant, de nombreux cas cliniques bien observés ont montré la préexistence de l'hypertrophie chez des malades atteints par la suite d'épithéliome de la prostate. Ceci du reste est si fréquent dans les autres glandes de l'organisme : par exemple, les goîtres se transformant en cancers du corps thyroïde. Mais dans certains cas, le stade bénin d'adénome, d'hypertrophie banale de la prostate, n'est que tout à fait transitoire, et le cancer lui succède de suite.

Le *cancer secondaire* de la prostate est plus rare. Langstaff, Mercier et Guyot ont vu des cancers prostatiques secondaires à des cancers de l'estomac. Plus souvent, ils sont secondaires à des cancers d'organes

(1) JULIEN. *Th. de Paris*, 1895.

voisins, surtout de la paroi antérieure du rectum (Curling et Bennett; deux cas de Demarquay), d'autres fois à un cancer de la verge, de la vésicule séminale.

Les cancers prostatiques qui résultent de la propagation d'un néoplasme vésical sont plus discutés, et quelques traités ne les mentionnent pas. Albarran qui étudia 220 cas de tumeurs de la vessie, n'observa que 5 fois l'envahissement de la prostate. Ce fait est très remarquable. Gardner rapporte un cas où un malade opéré d'un papillome vésical avec dégénérescence maligne fut atteint par la suite de carcinose prostatopelvienne diffuse, à laquelle il succomba.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il y a deux classes de cancers prostatiques au point de vue anatomique. Les premiers ont respecté les limites de la loge prostatique et sont intra-capsulaires. Les autres ont diffusé hors de ces limites et envahissent la cavité pelvienne, ce sont eux que Guyon appela « carcinose prostatopelvienne diffuse ». Nous ne occuperons dans cette étude que des tumeurs localisées, les seules qui puissent être extirpées.

ETUDE MACROSCOPIQUE

A l'œil nu, la glande présente l'apparence d'une hypertrophie banale : la prostate est augmentée de volume dans un de ses lobes, ou dans sa totalité; elle est lisse, régulière, bien encapsulée et par son développement progressif déforme l'urètre et la vessie comme l'hypertrophie. L'urètre peut être allongé, aplati transversalement, prendre une courbure en C ou en S. Le plus souvent la prostate cancéreuse remonte derrière la vessie, en haut et en arrière, et entoure le plus souvent le canal déférent et la vésicule séminale.

Ces cancers intra-capsulaires sont le plus souvent méconnus et confondus avec l'hypertrophie de la prostate, dont les caractères macroscopiques sont les mêmes : prostate augmentée de volume en totalité ou

en un de ses lobes; courbure plus ou moins altérée de l'urètre; consistance plus ou moins dure de la prostate. Le cancer généralisé a des lésions naturellement beaucoup plus évidentes et est d'un diagnostic bien plus facile, car il comporte des bosselures développées en arrière, faciles à explorer par le toucher rectal.

L'aspect de la tumeur est gris rosé; à la coupe, on aperçoit dans un ou plusieurs points des nodules plus denses, plus opaques que dans l'hypertrophie prostatique, parfois si petits qu'on les soupçonne à peine à l'œil nu; d'autres fois ces nodules sont plus gros, irréguliers. D'autres fois, à la coupe, la prostate a un aspect encéphaloïde, ou bien encore granuleux, poreux. Nous ne dirons rien des généralisations aux organes voisins, nous tenons à ne décrire que les formes exclusivement limitées.

ÉTUDE MICROSCOPIQUE

Motz et Majewski résument clairement l'anatomie pathologique de la prostate : « Les tumeurs épithéliales sont formées soit de production épithéliales « alvéolaires (*cancer alvéolaire*), soit de production « plus ou moins alvéolaires, mais accompagnées « ou précédées d'une néoformation de culs-de-sac « glandulaires. Ces glandes néoplasiques sont ordinai- « rement beaucoup plus petites que les glandes « normales de la prostate. Leur nombre dans certains « cas est restreint (*adéno-carcinome*), dans d'autres cas « il est considérable (*adéno-épithéliome*). Ces deux « dernières variétés constituent la grande majorité des « tumeurs épithéliales de la prostate. »

Étudions d'abord ces deux dernières variétés. La tumeur est entourée d'une capsule. On voit des tubes épithéliaux serrés contre les autres, séparés par de minces trames de tissu conjonctif. Ces tubes sont tapissés par un revêtement continu de cellules épithéliales, disposées sur un ou plusieurs rangs, formant de la sorte des noyaux d'adénome à tendance épithéliomateuse (*adéno-épithéliome*). Il y a rarement des vaisseaux.

Bientôt la prolifération devient plus atypique, les nouveaux bourgeons n'ont plus la forme de cul-de-sac, et constituent des boyaux épithéliaux qui s'infiltrant entre les fibres du stroma : l'infiltration néoplasique gagne et s'étend, les tubes épithéliaux s'élargissent, l'aspect caractéristique du cancer apparaît. A ce stade, c'est un *adéno-carcinome*.

Quant au *cancer alvéolaire*, cette variété plus rare est constituée par un stroma conjonctif disposé en cloisons de variable épaisseur qui circonscrivent des alvéoles de forme irrégulière. Dans les alvéoles se trouvent des cellules épithéliales de forme polyédrique, souvent dégénérées. Lorsque ces cloisons sont minces, le tissu paraît uniquement composé de cellules sarcomateuses, et dans ces cas le diagnostic histologique peut être très délicat.

SYMPTOMATOLOGIE

La description clinique du cancer de la prostate ne visait, il y a quelques années, que la carcinose prostatopelvienne diffuse, seule affection prostatique couramment reconnue et diagnostiquée cancéreuse, dont Guyon, en 1887, avait fait dans ses leçons cliniques un tableau magistral.

Cette forme n'est pas la seule. A côté de ces formes diffuses, on peut ajouter aujourd'hui, grâce surtout au microscope qui devance ici la clinique et dit cancer là où elle disait hypertrophie, la description des formes précoces, limitées, et qui furent jadis méconnues, parce qu'elles ne forcent pas l'attention par une symptomatologie bruyante. Leurs lésions objectives sont d'une interprétation des plus délicates.

Troubles de la miction. — Les symptômes des formes localisées sont au début ceux d'une hypertrophie banale : fréquence nocturne et difficulté des mictions, chez un homme âgé. Cependant il y a certaines particularités que le chirurgien doit s'attacher à dépister ; elles éveilleront son attention et le mettront sur la voie du véritable diagnostic.

En premier lieu, il faut noter l'apparition de la fréquence nocturne des mictions avant celle des troubles de la miction dus à l'évacuation incomplète de la vessie

qui doit faire penser à une hypertrophie qui dégénère lentement en cancer. Si au contraire ces deux symptômes se montrent simultanément, c'est un signe capital, pour Freudenberg et Fürstenheim, d'hypertrophie à tendance cancéreuse d'emblée. En deuxième lieu, dans le cas de cancer de la prostate, la rétention s'établit bien plus précocement que dans l'hypertrophie : Albarran, Hallé, Oraison et Yung sont d'accord sur ce point.

Douleur. — La douleur existe dans 30 % des cas (Yung), c'est une douleur spontanée, sensation de gêne, de pesanteur au périnée, à la région sacrée. Elle présente une grande analogie avec celle des inflammations chroniques de l'utérus et des annexes. Pousson les attribue à une névrite des nerfs de la prostate émanés du plexus hypogastrique, névrite cancéreuse, envahissement des nerfs par la néoplasie. Les phénomènes douloureux sont précoces et hors de proportion avec l'étendue des lésions. D'autres fois le malade se plaint de douleurs vives, irradiées le long des nerfs ; il souffre à la miction. Ce sont plutôt des signes de la forme diffuse.

Ces symptômes douloureux sont ceux du début ; plus tard il se produit de la douleur à la miction, localisée au périnée bien au bout de la verge : le cancer est alors installé. Rarement on observe de la douleur rectale (une fois sur dix, Yung), douleur provoquée par la pression sur la prostate.

Hématuries. — On observe parfois des hématuries, mais ce symptôme indique que la néoplasie s'est propagée soit à la muqueuse de l'urètre, soit à celle de la

vessie. Au point de vue opératoire, l'hématurie constitue par conséquent une contre-indication absolue, à moins que l'on ne veuille extirper, avec la glande prostatique, l'urètre postérieur, la face postérieure de la vessie et les vésicules séminales. Les hématuries sont extrêmement rares au début; elles sont spontanées et rarement abondantes.

Amaigrissement. — Ce symptôme est commun à tous les cancers : chez un sujet qui maigrit, si l'on constate une hypertrophie prostatique, elle sera très suspecte de malignité.

Nous verrons les signes fournis par l'examen clinique dans le chapitre suivant consacré au diagnostic; en résumé, on peut dire que la symptomatologie du cancer limité de la prostate est fruste et peu bruyante.

Quant à la *marche* de ces tumeurs, elle est inexorablement progressive, comme celle de toutes les tumeurs malignes. L'évolution est rapide, les malades succombent en moins d'un an, souvent six mois après le début des premiers signes (il y a eu cependant des cas de cinq et même neuf ans). Rarement les malades sont emportés par les progrès de la cachexie cancéreuse et de la généralisation néoplasique. Presque toujours c'est une complication qui est la cause de la mort, rétention d'urine ou obstruction intestinale, compression urétérale, infection des voies urinaires; ou enfin des accidents pulmonaires ultimes; le plus souvent une pneumonie hypostatique infectieuse met un terme aux souffrances du malade.

EXAMEN CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Dans les formes précoces, le diagnostic est difficile : il y a beaucoup plus de cas diagnostiqués après rectification histologique que de cas reconnus d'emblée (1). Ce n'est pas à cause d'une connaissance incomplète de la maladie, ou d'un examen clinique insuffisant ou imparfait. Il y a de vraies difficultés qui tiennent à des particularités spéciales de la maladie.

Quand le cancer succède à une hypertrophie de la prostate, cette transition est insensible, progressive. Par elle-même, en effet, la prostate n'a guère de symptomatologie : ce sont les organes voisins, la vessie, qui donnent les signes objectifs des affections prostatiques. Pour qu'un signe attire l'attention du chirurgien, il faut donc que la maladie soit sortie des limites de la glande. A une période précoce, sur quoi s'appuyer alors pour porter le diagnostic ferme de cancer? Les signes certains nous manquent absolument, et, du reste, bien des malades ne nous consultent pas à cette époque.

Il est cependant certaines particularités qui peuvent

(1) Le docteur RAFIN n'a jamais pratiqué de prostatectomie pour cancer de la prostate *diagnostiqué*. Les cas qu'il a publiés dans la thèse de Faysse et de Piollenc n'ont été reconnus que par l'examen histologique, d'autres n'ont été reconnus que grâce à l'évolution ultérieure. Dans l'observation XX, de Giuliani, il avait diagnostiqué cancer avec point d'interrogation; l'histologie l'a méconnu, mais l'évolution ultérieure a confirmé son diagnostic. (Note de M. le docteur Rafin.)

nous rendre suspecte une hypertrophie. D'abord l'âge du malade. Il faut nous méfier des hypertrophies qui apparaissent trop tôt ou trop tard, c'est-à-dire avant 55 ou après 70 ans. Albarran et Hallé rapportent un cas d'une malignité exceptionnelle chez un malade de 49 ans, trop jeune pour être prostatique. Méfions-nous d'un amaigrissement et d'une cachexie précoce, liés à une hypertrophie de la prostate, ainsi que de la simultanéité d'apparition de la rétention et de la fréquence nocturne des mictions. Une rétention évoluant rapidement sera également suspecte. Il faudra enfin rechercher méthodiquement les ganglions de l'aîne, de la fosse iliaque et du creux sus-claviculaire.

EXAMEN CLINIQUE. — On peut explorer directement la prostate par le cathétérisme, par le toucher rectal, seul ou combiné à la palpation, par la cystoscopie, enfin à l'aide du microscope.

Cathétérisme. — On le pratique le plus aseptiquement possible avec l'explorateur à boule olivaire, jamais avec un instrument métallique ; le tissu néoplasique est en effet friable, les fausses routes sont à craindre, et les hémorragies abondantes ; aussi l'exploration métallique sera rejetée dès qu'un signe quelconque permet au chirurgien de soupçonner un cancer. On trouve un canal sain le plus souvent, quelquefois aplati ou un peu déformé. Quelquefois, douleur dans la traversée prostatique qui est plus longue qu'à l'état normal ; ressauts causés par les irrégularités de cette portion.

Toucher. — Il faut de préférence que la vessie soit vide. Le toucher rectal fait connaître l'hypertrophie de

la prostate, ainsi que deux signes importants : la *douleur à la pression* et l'*induration*. On ne trouve jamais, en effet, de douleur à la pression dans l'hypertrophie, à moins d'une inflammation coexistante. L'induration est un excellent signe de cancer ; mais elle n'est pas précoce ; la surface de la prostate est lisse, et c'est dans la profondeur qu'est l'induration au début : si l'on constate des bosselures, c'est déjà une forme avancée, qui va se diffuser.

Toucher combiné au palper. — Le toucher rectal, combiné au palper hypogastrique, montre surtout l'hypertrophie de la glande. L'exploration de la portion recto-urétrale de la glande, entre un cathéter et le doigt rectal, montre le plus souvent de l'hypertrophie de cette portion.

Cystoscopie. — La prostate cancéreuse ne fait pas un relief considérable à l'intérieur de la vessie. On peut voir parfois cependant au cystoscope une surélévation de la muqueuse au niveau du trigone.

Microscopie. — On peut trouver dans l'urine des fragments néoplasiques dont l'examen lèvera tous les doutes ; on peut rechercher à en retirer par l'œil d'un cathéter ; mais ce n'est applicable qu'aux formes avancées. Yûng a proposé l'examen du tissu prostatique, pratiqué au cours de l'opération par un histologiste expérimenté. Mais cette biopsie, en somme, n'est possible que dans un hôpital de grande ville, où un laboratoire est installé à côté de la salle d'opérations : et cette préparation, qui doit être précédée d'une congélation de la pièce à l'acide carbonique, demande beaucoup de dextérité et durera

toujours au moins dix minutes, pendant lesquelles le malade restera sous l'anesthésie.

On fera le diagnostic de l'épithélioma avec la tuberculose de la prostate par le fait que cette affection appartient à l'âge adulte et que les vieillards en sont généralement indemnes. D'ailleurs, les granulations tuberculeuses sont plus fines que les nodules néoplasiques, souvent ramollies et caséifiées, disséminées dans du tissu resté sain. Les vésicules séminales et les épидidymes sont pris dans la majorité des cas. La prostate est du reste moins volumineuse.

Dans les formes diffuses, le diagnostic est naturellement beaucoup plus évident, et la confusion avec l'hypertrophie impossible.

TRAITEMENT

Dans ce chapitre, nous envisagerons d'abord les différents procédés d'extirpation des tumeurs de la prostate. Puis nous tenterons, après un historique succinct, de réunir dans un tableau les différents cas que nous avons trouvés dans la littérature médicale, afin d'en faire une statistique. Enfin, nous rapporterons 28 observations d'ablation de tumeurs épithéliales limitées de la prostate.

I. — Procédés opératoires.

La prostatectomie peut être exécutée de diverses façons, car les voies d'accès de la prostate sont nombreuses.

La *prostatectomie périnéale* est celle qui a été employée le plus souvent. Elle a surtout été adoptée, contre les tumeurs, par YOUNG, qui l'a réglée dans tous ses détails ; voici en résumé, et d'après lui, son manuel opératoire :

Incision en V renversé comme pour une prostatectomie ordinaire ; dissection du bulbe et du tendon central que l'on sectionne, puis du muscle rétro-urétral. Urétrotomie sur conducteur cannelé, introduction du tracteur. Mise à nu, par dissection avec un instrument mousse, de la face postérieure de la prostate, généralement très adhérente au rectum dans ces cancers.

Section transversale de l'urètre membraneux, puis des ligaments pubo-prostatiques tendus par une forte traction sur le tracteur; libération de la face postérieure des vésicules.

On abaisse alors le tracteur en bas pour exposer la face antérieure de la vessie, que l'on incise à 1 centimètre environ en avant de la prostate, et l'on agrandit l'incision sur les faces latérales jusque dans la région du trigone. Libérer la face antérieure des vésicules et la portion adjacente des canaux déférents : sectionner les canaux déférents, en faisant attention aux uretères.

Les vésicules séminales s'abaissent alors facilement ; on extirpe en bloc une masse comprenant la prostate, la portion adjacente de la vessie, une partie de l'urètre membraneux, les deux vésicules et une portion de chaque canal déférent. Il ne reste qu'à suturer l'urètre membraneux à la partie antérieure de la coupe de la vessie, et le reste de la vessie est refermé par un surjet. Tamponnement du périnée : drainage par le périnée et par l'urètre.

L'opération de Young, dont la technique est fort bien réglée, n'a pas donné de résultats supérieurs à la technique de Pousson qui n'opérait pas d'une façon aussi complète (Young, 2 succès sur 6, Pousson, 3 sur 6).

La *prostatectomie transvésicale* a surtout été employée par FREYER, pour l'hypertrophie prostatique, et par HARRISON, TUFFIER, etc., pour le cancer. Voici la technique de Freyer, que nous résumons en quelques mots.

Le malade est placé en position renversée, la vessie contient 100 grammes de liquide. On ouvre la vessie

par une incision sus-pubienne de 10 centimètres environ, on fixe les parois vésicales à la paroi abdominale par des fils de soie que l'on pourra laisser en place ou enlever plus tard; ils empêchent l'infiltration de l'urine dans la paroi abdominale et soutiennent la vessie.

Incision de 2 centimètres sur la muqueuse, parallèle à la direction de l'urètre, sur le point le plus saillant de la prostate; l'index cherche un plan de clivage et énuclée la tumeur, tandis que l'index de l'autre main, ganté, est introduit dans le rectum, le pouce appuyant sur le périnée.

L'énucléation se fait rapidement et facilement dans la plupart des cas; parfois on enlève l'urètre prostatique. On doit attaquer la dissection d'abord en arrière, puis en dehors et finalement détacher le ligament triangulaire. Si la glande n'est pas trop grosse, les deux lobes seront enlevés à travers une seule incision; sinon on en fait une seconde.

Lavage à l'eau chaude, drain. Suture de la paroi, sauf le passage du drain. Sonder le malade et faire deux lavages par jour à travers le drain que l'on supprime le deuxième jour.

Cette technique, parfaite pour les cas d'hypertrophie, est difficilement réalisable lorsqu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse : l'énucléation est impossible au doigt, et même avec un instrument mousse. Le docteur LERICHE, dans le cas que rapporte notre observation XXVIII, saisit la prostate avec une pince à griffes, et procède à l'ablation de la tumeur par des sections aux ciseaux d'abord latérales, puis sectionnant l'urètre transver-

salement, et enfin portant sur les vésicules séminales. Ce procédé, qui rappelle un peu l'hystérectomie abdominale, s'accompagne d'une forte hémorragie que l'on maîtrise par des lavages à l'eau très chaude, le tamponnement vésical et des injections de sérum de chèvre.

Un troisième procédé, la *méthode mixte*, combine les deux opérations précédentes : l'ouverture sus-pubienne est destinée à permettre de repousser la tumeur vers le périnée, et cette dernière est alors extirpée par la voie périnéale. Cette méthode n'est pas souvent employée.

Un *nouveau procédé de prostatectomie* a été proposé, en 1908, par le docteur BÆCKEL (de Strasbourg), par mobilisation temporaire du segment ano-rectal. On emploie l'anesthésie par la rachistovainisation, le malade étant couché sur le ventre.

Premier temps. — Dissection du rectum et mise à jour du triangle recto-urétral. Incision verticale commençant à la base du coccyx, circonscrivant l'orifice anal en forme de raquette ; incision du tissu cellulaire, décollement du rectum avec les doigts sur les côtés. En bas, on sectionne aux ciseaux le muscle recto-urétral, puis on décolle, sur 6 à 9 centimètres, le rectum : la prostate devient visible. On relève alors le tronçon ano-rectal et on le confie à un aide. Ne pas employer pour le décollement d'instrument tranchant.

Deuxième temps. — Incision de la capsule prostatique et énucléation des lobes de la prostate. Ensuite, on attire la partie de la prostate voisine de l'urètre avec une pince-érigne, et on l'excise avec la portion correspondante de l'urètre.

Troisième temps. — Réunir au catgut le bout vésical de l'urètre au bout périphérique.

Quatrième temps. — Rabattre et remettre dans sa position normale le tronçon recto-anal. Sutures.

Cette opération aurait donné entre les mains de son auteur de bons résultats, car c'est une bonne voie d'accès pour les tumeurs de la prostate, dont l'extirpation par la voie périnéale est laborieuse.

Nous ne voulons pas décrire les autres procédés de prostatectomie, qui sont assez nombreux ; cela nous entraînerait trop loin. Nous citerons seulement l'ingénieux procédé de JABOULAY (1) par la voie *trans-ano-rectale médiane*. Mais ce procédé, préconisé pour extirper les prostates hypertrophiées, n'a pas dû être essayé contre le cancer.

II. — Statistique.

Nous allons rechercher dans ce chapitre quels furent les résultats respectifs des deux procédés opératoires les plus usités, ablation périnéale ou transvésicale. Ce qui nous frappe, c'est que ces opérations sont des plus meurtrières, et la chirurgie du cancer, si souvent décevante, n'a pas d'exemple plus triste de son impuissance.

Une des difficultés, des raisons de l'insuccès habituel, réside dans la non-limitation de la tumeur. Quoique paraissant limitée, la propagation lymphatique est fréquente, et à une induration circonscrite correspond un envahissement beaucoup plus étendu de la glande.

(1) JABOULAY. *Lyon Médical*, 1900, p. 361. *Ibid* 1902, p. 644.

D'autre part, le diagnostic précoce est presque impossible, et ce serait dans ce cas seul que l'intervention aurait le plus de chances de succès.

Nous rapportons dans nos observations 20 cas d'*intercession par la voie périnéale*. Il y a certainement dans la littérature un nombre d'opérations beaucoup plus élevé. Mais nous avons voulu ne parler que de cas bien observés, opérés méthodiquement et d'après la chirurgie aseptique moderne. Nous négligerons les opérations de Billroth, Demarquay, Spanton, Harrison, Socin, Belfield et Czerny, antérieures à 1900, qui présentent surtout un intérêt historique.

Tableau I. — OPÉRATIONS PÉRINÉALES.

ANNÉES	OPÉRATEURS	OBSERVATIONS	RÉSULTATS
1900	Adenot.	I.	Mort après 4 mois.
1901	Pousson.	II.	?
—	—	III.	Mort plusieurs mois après.
1902	—	IV.	Survie de plus d'un an.
1903	—	V.	Id.
—	—	VI.	Id.
1904	Delore.	VII.	Mort 1 an après l'opération.
—	Gayet.	VIII.	Mort 7 mois après l'opération.
—	Young.	IX.	Mort 7 mois après l'opération.
—	—	X.	Mort 2 mois après l'opération.
1905	—	XI.	Survie de plus d'un an.
—	—	XII.	Id.
1905	Rafin.	XIII.	Mort 11 mois après l'opération.
1905	—	XIV.	Mort 66 jours après l'opération.
—	—	XV.	Mort 1 an après l'opération.
1906	—	XVI.	Mort 1 an 1/2 après l'opération.
1905	Albarran.	XVII.	Bon état 7 mois après l'opération.
1906	Castano.	XVIII.	Mort 3 mois après l'opération.
—	Rochet.	XIX.	Mort 13 mois après l'opération.
1907	Giuliani.	XX.	Mort moins d'un an après l'opér.

Sur ces vingt cas, indiqués dans le tableau I, nous avons 11 morts moins d'un an après l'opération, 1 perdu de vue, 2 morts respectivement treize et seize mois après, enfin 6 peuvent être considérés comme satisfaisants, ayant survécu plus d'un an sans récurrence : ces cas sont dans une proportion de 30 %.

Voyons, maintenant, si la statistique de la *prostatectomie trans-vésicale* nous donnera de meilleurs chiffres.

Tableau II. — OPÉRATIONS TRANS-VÉSICALES.

ANNÉES	OPÉRATEURS	OBSERVATIONS	RÉSULTATS
1902	Harrison.	XXI.	Mort 4 mois après l'opération.
—	—	XXII.	Mort 16 mois après l'opération.
1904	Tuffier.	XXIII.	?
1905	Hartmann.	XXIV.	Mort 2 mois après l'opération.
1906	Loumeau.	XXV.	Bon état après 1 an.
1907	Bodaërt.	XXVI.	?
1908	Carlier.	XXVII.	Récurrence.
1909	Leriche.	XXVIII.	Récurrence.

Sur les huit cas que nous avons rapportés dans nos observations, on voit que trois malades ont succombé de 2 à 16 mois après l'intervention ; d'autre part, deux furent perdus de vue. Le malade de Loumeau peut être considéré comme le seul favorable de la série, car on ne peut conclure encore des cas de Carlier et de Leriche, trop récents. Cependant, en les rangeant dans la catégorie des cas favorables, nous obtenons encore une proportion de 30 %, comme dans les périméales.

Avant de rapporter les observations cliniques qui sont à l'appui de ces chiffres, quelles conclusions faut-il tirer de ces statistiques ?

Il est difficile de se prononcer en faveur de la voie périnéale ou trans-vésicale. L'une et l'autre ont leurs avantages et leurs inconvénients, qu'il s'agisse d'opérer une prostate hypertrophiée ou une prostate cancéreuse. Les uns préfèrent la voie périnéale à cause des avantages qu'elle présente pour le drainage, ou parce qu'elle permet le clivage en dehors de la capsule. Les autres préfèrent la voie transvésicale, parce que l'opération est plus courte, que la blessure du rectum, presque habituelle dans la périnéale, est impossible ; enfin que les résultats sont plus rapides au point de vue vésical, le malade vidant sa vessie plus complètement.

Pour M. Rafin, la prostatectomie périnéale est le plus souvent une prostatectomie subtotale ; donc opérer une prostate cancéreuse par le procédé ordinaire est irrationnel ; la prostatectomie trans-vésicale échappe-t-elle à ce reproche d'être souvent incomplète ? Cela est douteux.

Actuellement, en présence d'une rétention d'urine d'origine prostatique, M. Rafin s'efforce de dépister le cancer pour ne pas l'opérer. Il lui est arrivé récemment que chez un prostatique rétentionniste, jugé opérable, la prostate ne paraissant pas dégénérée, il trouva un mois et demi plus tard des signes nets qui contre-indiquèrent l'opération. Dans certains cas douteux il fait attendre le malade avant de l'opérer, pour s'assurer que la prostate n'évolue pas vers la dégénérescence : c'est le cas d'un malade qui est depuis quatre mois dans son service.

Les résultats opératoires sont donc mauvais. Quelle que soit en effet l'opération pratiquée, le champ opératoire est forcément limité, de par les rapports anatomiques de la prostate. L'opération sera donc rarement complète, en ce sens qu'il n'est pas possible de faire une

ablation lymphatique suffisante. C'est ce que disait Belfield : « Tant que le cancer de la prostate est limité à « l'intérieur de la capsule, il peut être extirpé. Mais « l'opération est sanglante et grave, et les résultats ne « sont qu'une douteuse compensation. »

On est cependant autorisé, dans tous les cas où la tumeur est extirpable, à procéder à son ablation. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que toute tumeur analogue est mortelle à bref délai, et que d'autre part on a obtenu, à défaut de guérison absolue, des survies assez prolongées.

Le moindre doute sur l'extension du néoplasme contre-indique formellement toute intervention : le chirurgien qui opérerait dans ces cas courrait à un échec certain.

Dans le dernier tableau, nous donnons les statistiques les plus récentes, ainsi que la nôtre, et établissons une moyenne :

Tableau III. — STATISTIQUES

	STATISTIQUES				MOYENNES
	Gardner (1906)	Hallopeau (1906)	Boddaert (1907)	Person- nelle (1909)	
Nombre de cas observés.....	21	31	28	28	27
Morts d'un jour à deux mois après l'opération.....	5	3	7	3	5
Morts de deux mois à un an et demi après l'opération.....	8	5	12	13	9
Cas perdus de vue ou trop ré- cents.....	3	11	4	5	6
Bons résultats (survie de longue durée).....	5	8	5	7	6
Proportion des succès opéra- toires.....	23 %	25 %	17 %	25 %	25 %

OBSERVATIONS

Première catégorie. — Prostatectomies périnéales (1).

OBSERVATION I. ADENOT (résumée).

Tumeur maligne de la prostate ; prostatectomie périnéale ; guérison opératoire ; mort quatre mois après, de cachexie.

J..., âgé de 57 ans, a été bien portant jusqu'à ces dernières années ; à 47 ans, blennorrhagie.

A 54 ans, il y a par conséquent trois ans, le malade s'aperçut que l'urine du début de la miction était parfois rosée, et que sa chemise présentait quelques taches de sang.

En octobre 1899, le malade alla voir un chirurgien qui diagnostiqua une hypertrophie de la prostate. Quelque temps après il commença à souffrir de la cuisse droite, surtout à l'occasion de la marche ; en même temps les hématuries reparurent à plusieurs reprises. Un cathétérisme vésical, pratiqué vers cette époque, par son médecin, fut également suivi d'une hématurie abondante. Constipation habituelle, amaigrissement considérable.

Par le toucher rectal, on sent facilement, au niveau de la prostate, une tumeur du volume d'une mandarine, régulièrement arrondie, de consistance ferme, mais non dure, légèrement élastique ; pas de ganglions suspects, ni dans les fosses iliaques, ni dans le petit bassin, ni dans les régions inguinales. L'examen fut suivi d'une exagération de douleurs pendant deux jours et d'une hématurie abondante.

L'opération fut décidée et pratiquée le 28 avril 1900. *Prostatectomie périnéale* par le procédé de Quénu et Baudet.

(1) Les observations sont classées par ordre chronologique.

Incision de la peau en Y renversé, les deux branches embrassant l'anus en se dirigeant vers les ischions. Incision des fibres moyennes du releveur de l'anus; décollement des fibres de l'aponévrose supérieure du releveur, section du raphé ano-bulbaire et des faisceaux contigus du releveur, décollement de l'espace prérectal, telles sont les différentes opérations qui préparent l'accès de la prostate. A noter seulement une légère hémorragie, due à la blessure du bulbe qui était très volumineux.

La prostate apparaît blanche, avec des marbrures violacées. Après incision de sa capsule, on énuclée successivement et on enlève le lobe gauche, puis le droit; profondément reste une masse qui est sans doute le lobe moyen, qu'on enlève avec des pinces et une curette. On curette également avec prudence la paroi postérieure de l'urètre. On termine l'opération en suturant les parois de la loge évidée aux parois du bassin, laissant ainsi cette loge largement ouverte par le bas, et cela afin d'éviter toute compression en cas de récurrence.

Les suites opératoires furent des plus simples; dès le lendemain le malade urinait seul, sans aucune peine. Les urines sont encore légèrement sanglantes pendant quelques jours; ablation des fils et du drain le sixième jour. Le malade rentre chez lui au dixième jour.

Nous apprîmes qu'il était mort de cachexie environ quatre mois et demi après l'opération. L'examen histologique de la prostate a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma adénoïde malin.

OBSERVATION II. POUSSEON (résumée).

Épithélioma adénoïde de la prostate. — Prostatectomie périnéale.

B. L..., 57 ans, jardinier. Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : bons. Rien à noter du côté urinaire.

Histoire de la maladie. La maladie actuelle paraît avoir débuté en janvier 1900; légère diminution dans le calibre et dans la force de projection de son jet d'urine; il se levait la nuit pour uriner, mais jamais plus d'une fois.

Au commencement de 1900, il fut pris, brusquement et sans cause apparente, de rétention aiguë qui céda facilement à un cathétérisme pratiqué dans la journée.

Au mois de janvier 1900, à l'hôpital Saint-André, il subit la résection des canaux déférents : cette opération parut amener tout d'abord un amendement des symptômes, qui cependant ne tardèrent pas à reparaitre avec plus d'intensité. Pas d'hématurie, pas d'hémorragie à la suite du passage de l'instrument évacuateur, mais le malade constate quelques légers troubles de la défécation, suffisants pour attirer son attention. Bien qu'il n'y eut pas de constipation, les matières sortaient difficilement; elles étaient rubannées.

10 décembre 1901. — Le malade se présente à l'examen de M. le professeur Pousson. L'urètre est libre jusqu'au niveau de la portion prostatique où la boule de l'explorateur est assez serrée; l'examen de la vessie à l'explorateur métallique est négatif. Le cathétérisme n'est pas douloureux. La vessie, atone, contient 700 grammes de résidu. État général excellent. M. Pousson porte le diagnostic d'*hypertrophie prostatique* et propose la prostatectomie périnéale totale qui est acceptée.

L'opération est pratiquée le 17 décembre 1901 par le procédé d'Albarran. On met une sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires : normales et apyrétiques. La sonde ne fonctionne pas très bien et le malade [pisse de l'urine fortement teintée de sang par la plaie périnéale.

21 décembre. — On enlève la mèche de gaze.

22 décembre. — Fonctionnement normal de la sonde. Bon état général.

L'examen histologique montre des lésions d'épithélioma adénoïde.

OBSERVATION III. POUSSON (résumée).

Néoplasme de la prostate. — Prostatectomie périnéale subtotale.

F... M., 54 ans.

Pas de blennorrhagie, pas de syphilis.

La maladie actuelle paraît dater du mois de mai 1901, mais depuis deux ans déjà le malade souffrait d'une façon à peu près continue du bas des reins. Au mois de mars 1901, le malade éprouve pour la première fois une sensation de brûlure à la racine de la verge pendant la miction. En même temps, il constata la fréquence des mictions entraînant l'obligation de se lever la nuit pour uriner. Son jet d'urine diminue progressivement de force et de calibre. Un cathétérisme pratiqué à cette époque permit de constater que le malade avait de la rétention incomplète d'urine. Ces trois symptômes : sensation de brûlure pendant les mictions, leur fréquence plus considérable, la diminution dans le calibre et la force de projection du jet, se sont accrus depuis le mois de décembre 1901. Urines troubles, douleur assez accusée à l'extrémité de la verge. Dès le courant d'avril 1901, rétention complète d'urine entraînant l'obligation du cathétérisme évacuateur. Pas d'urétrorragie. Quelques temps après, hématurie spontanée. Depuis, le malade pisser du sang constamment. Douleurs lombaires avec irradiation vers la racine des cuisses. Pas de troubles de la défécation, pas d'adénopathie. État général mauvais, la miction ne peut se produire.

À l'examen local, l'exploration de l'urètre permet de constater la diminution uniforme du calibre de l'urètre prostatique due à l'accroissement à peu près égal des deux lobes droit et gauche de la prostate. Le toucher rectal permet de constater l'existence d'une prostate uniformément développée, surtout dans le sens antéro-postérieur. Pas d'adénopathie concomitante. Cet ensemble de signes permet de porter le diagnostic de néoplasme de la prostate.

12 novembre 1901. — *Prostatectomie périnéale subtotale* par le procédé d'Albarran. Au cours de l'intervention, M. Pousson s'aperçoit que le col de la vessie était envahi et se borna à en faire le curettage palliatif.

19 novembre 1901. — Suppression du drain périnéal et mise à demeure de la sonde béquille n° 17 dans le canal.

21 décembre. — La sonde est enlevée définitivement, et depuis les mictions sont volontaires, non fréquentes. Le malade évacue

complètement sa vessie; les hématuries et les douleurs ont complètement disparu. La plaie périnéale est fermée, mais l'état général est toujours mauvais : pas d'appétit, perte de forces, douleurs lombaires. Le malade quitte l'hôpital. Il est mort depuis.

OBSERVATION IV. POUSSON (résumée).

J... R., 66 ans, charpentier.

Pas d'antécédents héréditaires.

Jusqu'à il a deux ans le malade n'a jamais rien eu. A cette époque, blennorrhagie qui guérit facilement. Depuis, peu à peu, il s'est mis à uriner difficilement, et a fait, il y a un an, un séjour salle 47, pour rétention. Depuis, il s'est sondé et vient à la consultation pour mictions involontaires. En se sondant, a quelquefois provoqué une urétrorragie.

État actuel. — Le malade est en bon état de santé, corpulent, ne se plaint de rien et désire seulement être guéri de son incontinence. Les selles sont régulières et normales, seule une petite douleur au bout de la verge pendant la miction.

Le cathétérisme est facile; rétention complète et aseptique, incontinence par regorgement. Le cathéter métallique du professeur Guyon indique une grosse prostate faisant dans la vessie un énorme relief de 3 à 4 centimètres.

Le toucher rectal nous montre une prostate énorme, grosse comme une mandarine, régulièrement hypertrophiée, et que l'index ne peut circonscrire à sa partie postérieure. Elle n'est pas bosselée, mais semble taillée à facettes régulières.

La consistance est dure, mais uniforme. Elle ne paraît pas adhérer à la paroi antérieure du rectum, bien que glissant difficilement sur cette paroi. La corpulence du malade ne permet de rien distinguer par le toucher bimanuel. Pas de masses ganglionnaires, aucun retentissement sur les autres organes.

Prostatectomie périnéale. Guérison.

L'examen histologique montre que l'on avait affaire à un épithéliome. — Survie de plus d'un an.

OBSERVATION V. POUSSON (résumée).

Cancer de la prostate. — Prostatectomie périnéale. — Guérison.

F. M... 60 ans, cultivateur.

Deux blennorrhagies à 21 ans et à 56 ans : la première sans complication, la seconde suivie d'une orchite, dont la guérison fut très rapide (huit jours).

Il y a six ans, le malade dit avoir eu des érections nocturnes sans cause appréciable. Il y a un an, il s'est aperçu de troubles de la miction, jamais d'hématurie.

M. Pousson diagnostique à cette époque deux rétrécissements et conseilla l'urétrotomie, mais le malade se fit traiter par dilatation, amélioration sensible jusqu'en octobre, puis les mictions redeviennent difficiles.

Examen du malade : en mars. — Etat général bon. Le palper abdominal ne révèle aucune douleur du côté de la vessie. L'exploration par le cathétérisme révèle un urètre sensible dans sa partie prostatique ; mais il est libre.

Vessie tolérante, non douloureuse, pas de traces de calculs, ne saigne pas à l'exploration. On trouve une rétention d'urine qui est de 350 à 400 grammes, lorsque le malade vient d'uriner. L'urine est claire. Le toucher rectal permet de sentir une prostate augmentée de volume, indurée, bosselée, dont le lobe droit donne la sensation de grains de plomb enchatonnés dans la masse.

Opération le 20 mars 1903 ; *prostatectomie périnéale*.

6 novembre. — Le malade, sorti depuis longtemps, vient se faire examiner. L'état général est très satisfaisant. La cicatrice périnéale est souple, mais un peu douloureuse, les urines sont très claires ; mais le malade dit que lorsqu'il marche ou va en chemin de fer, il est obligé d'uriner toutes les 10 minutes. Au repos, il reste une heure sans uriner, et la nuit ne se lève que toutes les deux heures.

Un explorateur à boule n° 18 passe, une sonde 19 ne peut être introduite. Le toucher rectal n'indique pas de relief de la prostate, mais sur la ligne médiane il y a une ligne d'induration fibreuse.

OBSERVATION VI. POUSSEON (résumée)

Cancer prostatique. — Prostatectomie périnéale. — Guérison.

S. M..., 56 ans, tonnelier.

Blennorrhagie à 22 ans, qui dura cinq à six mois sans complication, seconde blennorrhagie à 44 ans, de courte durée. Jamais de chancre ou ulcération à la verge.

Il y a cinq ou six ans, a remarqué un affaiblissement notable de ses facultés génitales ; il constata en même temps des troubles de la miction, fréquence diurne et nocturne (quatre fois la nuit), difficulté progressive pour uriner.

Le jet avait diminué de calibre et d'amplitude, jamais d'hématurie. Quelquefois le malade constata une douleur assez vive dans la région lombaire.

Il y a un an, le malade fut pris de rétention aigüe. Sondé à cette époque, il nous dit que le canal était déjà assez rétréci. Progressivement les mictions deviennent plus difficiles, les urines sont troubles. Le malade se fait des lavages de vessie jusqu'au moment où, ne pouvant plus se sonder, il entre à l'hôpital.

Examen du malade. — L'état général est très satisfaisant. Rien du côté des testicules ; on note un petit nodule dans l'épididyme du côté gauche. Du même côté, le canal déférent est gros et induré, mais sans bosselures.

Au palper, la vessie est légèrement sensible. La région lombaire est indolore. L'uretère gauche paraît un peu sensible. Légère sécrétion urétrale.

L'exploration de l'urètre indique un canal souple dans toute son étendue. L'explorateur à boule passe sans difficulté jusqu'au bulbe très sensible ; cette sensibilité augmente dans la région prostatique. Pas d'obstacle, pas de rétrécissement. L'explorateur ramène du sang.

Le cathétérisme ramène 200 grammes d'urine contenant quelques caillots. On trouve peu de relief de la prostate, pas de calcul ni de végétation. Après cette exploration, on retire quelques grammes de sang pur.

Le toucher rectal indique une prostate volumineuse, nodosités dans le lobe droit volumineux. Le lobe gauche, plus petit, présente un grand nombre de saillies plus considérables; on fait le diagnostic de tumeur maligne.

5 mars 1903. — *Prostatectomie*. Pas de calcul; prostate volumineuse se prolongeant de chaque côté, très profondément adhérente à sa loge et à l'urètre, qui est induré dans toute sa portion prostatique. Après énucléation aussi complète que possible, cathétérisme *a retro* par une sonde de Pezzer. Drainage.

Suites opératoires. — Température élevée pendant les trois premiers jours. On enlève la mèche et le drain.

La fièvre tombe pour ne plus reparaitre les jours suivants.

La sonde de Pezzer, incrustée par des débris calcaires, est retirée le 20 mars, donc la fermeture s'est faite en quinze jours. Il n'en est pas remis d'autre, et malgré cela le malade urine normalement, sans qu'il passe d'urine par la plaie périnéale.

Le cathétérisme ne peut être pratiqué dans les jours qui suivent : hémorragies, l'urètre étant mal cicatrisé.

4 avril. — Bon état. Cathétérisme possible. Le malade a beaucoup engraisé. Pas de rétention, urine très claire.

OBSERVATION VII. DELORE (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Delore).

Cancer de la prostate. — Prostatectomie périnéale.

Homme de 57 ans, domestique, très vigoureux, entre à la clinique de M. le professeur Poncet, le 15 octobre 1904, en se plaignant de difficultés de la miction depuis six mois.

Il n'a jamais été sondé, le cathétérisme est difficile et provoque une hémorragie en traversant la région prostatique. Il ramène des urines claires, sans aucune trace d'infection vésicale. Le résidu vésical est de 150 grammes.

Au toucher rectal, on sent une grosse prostate, dure, bombée. La rapidité d'apparition des troubles de la miction, chez un homme relativement jeune, l'absence d'infection vésicale, les

données fournies par le toucher rectal, l'hémorragie prostatique par le cathétérisme font penser à un cancer de la prostate.

17 octobre 1904. — Prostatectomie périnéale (Delore). La glande très dure, encore énucléable, vient par morcellement; on retire 80 grammes de tissu, dont le centre donne l'impression d'un cancer. Sonde à demeure dans les deux bouts.

20 novembre 1904. — L'opéré quitte la clinique, urinant facilement; il accuse une légère incontinence d'urine pendant les efforts.

29 juillet 1905. — Cet homme revient avec de l'œdème des membres inférieurs; de gros ganglions iliaques sont perceptibles, il y a une généralisation manifeste sur les côtés de la vessie. Toutefois, la miction est encore facile, le cathétérisme ne rencontre qu'un ressaut prostatique, aisément franchi.

Mort de cachexie en octobre 1905, un an après l'opération.

L'examen histologique du tissu enlevé pendant l'opération avait conclu nettement à un épithélioma prostatique.

OBSERVATION VIII. GAYET.

Cancer de la prostate. — Prostatectomie périnéale.

P. J..., cultivateur, âgé de 60 ans, entre le 15 septembre 1903, salle Saint-Sacerdos, n° 26, pour des troubles de la miction survenus brusquement.

Sans antécédents particuliers et jouissant d'une bonne santé habituelle, il avait éprouvé au commencement du mois quelques légers symptômes, auxquels il ne fit attention que rétrospectivement, lorsque nous l'interrogeâmes à ce sujet : amaigrissement, mictions un peu plus fréquentes et plus lentes; il se levait une ou deux fois la nuit pour uriner.

Trois jours avant son entrée, il fut pris soudainement, « comme un coup de fusil », nous dit-il, de rétention complète avec vives douleurs dans le ventre. Un médecin appelé pratiqua le cathétérisme, non sans difficultés, essayant sept à huit sondes avant de pénétrer dans la vessie.

A l'entrée, nous trouvons un malade amaigri, au teint pâle, se plaignant toujours de ne pouvoir uriner. Une sonde à bécuille passe sans trop de difficulté et permet l'évacuation de l'urine normale, sans albumine, ni dépôt d'aucune sorte. Au toucher rectal, on trouve une prostate énorme, du volume d'une petite orange, dure comme du bois, refoulant en arrière le rectum, non douloureuse à la pression. En raison de la dureté, du volume, de l'évolution rapide, latente, de la maladie, de l'aspect assez cachectique du malade, on porte le diagnostic d'épithélioma, et on propose la prostatectomie périnéale.

16 septembre 1903. — L'opération est menée comme l'a indiquée Proust : incision demi-circulaire à concavité embrassant le contour antérieur de l'anus ; section du plan musculaire, décollement du rectum, mise à nu de l'aponévrose prostatopérinéale ; incision de cette aponévrose, puis de la prostate jusqu'à l'urètre inclusivement. Mais quand on essaie d'amorcer l'énucléation en partant des lèvres de l'incision urétrale, on se bute à de grandes difficultés, le tissu étant adhérent à la capsule. On extirpe le néoplasme par morcellement en poussant aussi loin l'exérèse et en y comprenant la vésicule séminale droite, qui est envahie à sa partie inférieure.

Le résultat de l'opération est une brèche énorme, au fond de laquelle on voit l'urètre largement déchiré et la surface postérieure de la vessie bien mise au net ; le doigt ne sent plus aucun tissu induré dans cette loge. Mise en place d'une grosse sonde à demeure, qui servira à drainer la vessie, tamponnement serré de la plaie pour arrêter une hémorragie assez considérable.

17 septembre. — Le malade a arraché sa sonde en dormant. On la replace en s'aidant d'un doigt introduit dans la plaie ; on fait ensuite un tamponnement moins serré.

La sonde est restée en place encore une douzaine de jours. Température normale. On enlève alors définitivement la sonde, la miction se fait presque entièrement par l'urètre antérieur, la plaie périnéale bourgeonne activement,

20 octobre. — Le malade est presque entièrement guéri ; il ne persiste plus qu'une très petite plaie périnéale ; la miction se fait

tout entière par la verge, il ne passe rien dans l'attitude debout par la fistule périnéale. Cathétérisme facile avec une sonde à béquille n° 23, résidu insignifiant (2 ou 3 cc.). Le toucher rectal ne montre aucune induration suspecte pouvant faire craindre une récurrence.

Examen histologique. — Épithélioma adénoïde sur certains points, alvéolaire en d'autres endroits, avec amas abondants de cellules épithéliales plus ou moins dégénérées, limitées par des travées conjonctives d'épaisseur variable. L'indépendance relative du stroma et des amas épithéliaux semble indiquer une tumeur de malignité restreinte.

OBSERVATION IX. YOUNG (de Baltimore), 1^{er} cas; résumée.

Prostatectomie périnéale, procédé de Young. — Convalescence. — Mort au septième mois des suites d'une litholapaxie.

En mars 1904, un malade âgé de 70 ans, qui souffrait depuis un an de fréquence et de difficulté d'uriner, qui avait été amélioré par une *opération de Bottini* trois mois auparavant, se présenta devant moi.

La prostate était dure, nodulée, l'induration s'étendait dans la région de la vésicule séminale gauche; le cystoscope indiquait seulement une légère saillie prostatique intra-vésicale. La douleur était légère et l'hématurie absente, mais le diagnostic de carcinome fut fait à cause de l'induration et l'absence de saillie intra-vésicale.

Opération. — Toute la prostate, avec l'urètre et la capsule en même temps qu'une portion adjacente de la vessie renfermant beaucoup du trigone et les vésicules séminales, furent enlevées d'une pièce.

Manuel opératoire décrit au chapitre du traitement, page 19.

Pendant l'opération, le malade reçut 1,000 grammes de solution salée sous la peau et son état resta bon, le pouls variant de 65 à 92, et 80 à la fin de l'opération qui avait duré deux heures.

Examen histologique. — Adéno-carcinome envahissant la

prostate entière, la région entre les vésicules séminales, la partie inférieure du trigone et celle des canaux déférents. La capsule de la prostate et la vessie à la limite supérieure de l'incision étaient indemnes, mais le long du canal gauche, la propagation s'étendait à la limite supérieure de l'excision, 4 centimètres au-dessus de la prostate.

Suites opératoires. — Le malade se remet bien. Il quitte l'hôpital le 30 mai 1904. La plaie périnéale se ferme; pas de difficultés pour uriner; il pouvait se retenir trois ou quatre heures la nuit; incontinence le jour.

22 décembre 1904. — L'état du malade était excellent en octobre, lorsqu'il commença à ressentir des douleurs dans l'urètre. L'examen montre trois calculs dans sa vessie.

Opération : litholapaxie. Un calcul adhérait à une ligature de soie, et en le retirant la muqueuse de la vessie fut déchirée.

Survinrent des abcès du périnée; infiltration d'urine et mort quatre semaines plus tard. L'autopsie fit voir que la vessie et l'urètre étaient réunis. Pas de récurrence dans la vessie, mais derrière le long du canal déférent gauche se trouvait une petite masse néoplasique. Pas de ganglions envahis.

OBSERVATION X. YOUNG (2^e cas).

Carcinome de la prostate. — Prostatectomie. — Mort deux mois après.

Le malade entre à l'hôpital le 14 septembre 1904; âgé de 64 ans. Fréquence et difficultés des mictions depuis trois ans. Fait actuellement usage de la sonde. Pas d'hématurie, pas de douleur. Prostate modérément augmentée, lisse, très dure, mais non bosselée. Entre les deux vésicules séminales, un plateau induré continue avec la prostate en-dessous. Pas de ganglions indurés. Le cystoscope montre une petite saillie intra-vésicale de la portion médiane.

Diagnostic : carcinome de la prostate.

Opération : le 23 septembre 1904. Excision totale de la prostate, des vésicules séminales, d'une partie des canaux déférents,

section de la vessie, du trigone entier, comprenant les orifices urétéraux, parce que la paroi de la vessie en cet endroit était indurée et que l'opérateur la jugeait envahie.

L'examen du tissu enlevé montra que c'était une erreur, et que seule la partie antérieure du trigone était envahie par la néoplasie. La transplantation des uretères ne fut pas nécessaire, parce que la portion interstitielle n'avait pas été enlevée. L'anastomose de la paroi antérieure de la vessie et de l'urètre fut faite comme dans le cas précédent.

Suites opératoires. — Le malade se remit mal, eut promptement des signes de pyélite, et succomba le 8 novembre 1904.

Autopsie. — Infection ascendante des deux reins; endocardite, péri-hépatite, péri-splénite, pancréatite chronique. Un examen approfondi prouva que le carcinome avait été complètement enlevé par l'opération. Pas de ganglions envahis. Le malade aurait guéri presque certainement si l'opération n'avait pas excisé les orifices urétéraux.

OBSERVATION XI. YOUNG (résumée).

Carcinome de la prostate. — Prostatectomie périnéale.
Guérison.

D. B., âgé de 65 ans, entre à l'hôpital John's Hopkins le 4 février 1905. Fréquence et difficulté des mictions depuis quatre ans. Maintenant, expulsion après quelques minutes. Douleurs intermittentes dans la hanche gauche et la cuisse depuis deux ans. Douleur sourde dans le dos, la vessie, le périnée et le rectum. N'a jamais eu d'hématurie.

Examen : prostate complètement hypertrophiée, lisse, mais très dure. L'envahissement comprenait la partie inférieure de la vésicule séminale de chaque côté, avec un plateau étroit entre eux au-dessus de la prostate. Le diagnostic de carcinome de la prostate fut fait sur l'induration comprenant aussi les vésicules séminales et la portion située entre elles, ainsi que sur l'absence de saillie intra-vésicale de la prostate.

16 février 1909. — L'opération radicale est pratiquée comme dans le premier cas (1). Le malade se rétablit très bien. Entièrement délivré de ses douleurs. La plaie périnéale se ferme entièrement, l'urine passe entièrement par l'urètre.

24 juin. — Le malade est dans une santé excellente. Il expulse ses urines à peu près toutes les deux heures, il n'a pas d'incontinence la nuit, mais le jour la miction est impérieuse quand le besoin survient. L'examen ne montre aucune récidive.

L'étude des tissus enlevés par l'opération montre un adénocarcinome envahissant la prostate, les deux vésicules séminales, les canaux déférents, les tissus situés entre eux et les portions excisées de la vessie.

OBSERVATION XII. YOUNG (4^e cas, résumée).

Carcinome de la prostate. — Prostatectomie périnéale.
Guérison.

E. D..., âgé de 64 ans.

Le malade entre au John's Hopkins Hospital le 12 mai 1905. Difficulté et fréquence des mictions depuis un an. Depuis deux mois il doit faire usage de la sonde. Pas de douleurs dans la région de la vessie, du rectum, du dos, des jambes. N'a pas maigri. Pas d'hématuries; il présente en somme toutes les apparences d'un homme bien portant.

La prostate est considérablement dilatée, surtout le lobe latéral gauche qui est très dur et tendu; la vésicule séminale est indurée de ce côté. Résidu d'urine : à peu près 400 centimètres cubes. Le cystoscope montre une petite hypertrophie de la partie médiane de la prostate. Le diagnostic de carcinome est fait d'après l'induration, l'extension dans la région des vésicules séminales et l'absence de saillie intra-vésicale marquée.

16 mai 1905. — L'opération radicale est faite comme dans le premier cas, par la voie périnéale. Le malade eut une convales-

(1) Observation IX.

cence excellente ; la plaie du périnée guérit exceptionnellement vite, en moins de cinq semaines.

Sortie de l'hôpital au bout de six semaines. État général excellent ; le malade n'a aucune douleur, l'urine passe par l'urètre. L'examen rectal est négatif.

Le malade se sent bien, mais comme auparavant ne peut retenir ses urines.

Examen histologique. — L'examen des tissus enlevés dans l'opération montre un adéno-carcinome de la prostate, d'une partie des vésicules séminales et de l'extrémité inférieure des canaux déférents. Un ganglion excisé était aussi cancéreux. Le trigone, la capsule péri-prostatique et la graisse péri-vasculaire n'étaient pas atteints par le néoplasme.

OBSERVATION XIII. RAFIN, rapportée par Faysse (1).
(résumée).

Hypertrophie de la prostate. — Prostatectomie. — Amélioration passagère, puis, de nouveau, rétension incomplète, deuxième prostatectomie. — Cachexie progressive. — L'examen histologique conclut à la nature cancéreuse de la lésion prostatique.

M.-D. . . . Louis, 76 ans, gendarme en retraite à Lyon, entre le 8 avril 1903, salle Saint-Pierre, pour hypertrophie de la prostate. Bonne santé antérieure, pas d'antécédents.

Premiers troubles urinaires en 1872, fréquence et difficulté des mictions. En 1902, état plus grave, il alla voir M. Rafin, se plaignant de mictions très fréquentes et très douloureuses ; l'année suivante, une Nélaton, les béquilles nos 16 et 20 ne peuvent passer.

M. Rafin le fait entrer à ce moment.

Etat à l'entrée. — Quatre mictions la nuit, une toutes les heures le jour ; l'émission atteint 75 grammes au maximum. Sensation de cuisson dans le canal. Urines légèrement louches, pas d'albumine ni de sucre. Une Nélaton ne passe pas, une béquille

(1) FAYSSE, thèse de Lyon, 1904. De la prostatectomie périnéale.

n° 16 passe ; la vessie est légèrement distendue, il y a un résidu de 450 gr. ; la vessie n'est pas vidée à fond. L'examen cystoscopique, pratiqué en février 1902, à l'occasion d'une hématurie, a démontré qu'il n'y avait pas de tumeur dans la vessie, ni de calcul. Mais on apercevait des lobes prostatiques très saillants. La région du trigone a été vue difficilement à cause du sang.

La prostate est très grosse, on atteint cependant le bord supérieur, on sent en outre de petites bosselures très dures, donnant l'impression de fibromes.

11 avril 1903. *Prostatectomie par M. Rafin.* — Anesthésie au Billroth, sans incident. Lavage de la vessie et introduction d'une sonde évacuatrice n° 22. Incision bi-ischiatique et section du raphé ano-bulbaire au ras du bulbe, puis incision du muscle recto-urétral, et l'on pénètre bientôt dans l'espace décollable. L'index sépare le rectum de la prostate : elle est de consistance très dure.

Incision de la capsule sur la ligne médiane et décortication assez facile. L'urètre est ensuite fendu sur une petite longueur ; extirpation des deux lobes par morcellement. Le doigt introduit dans la vessie sent, du côté droit, deux petites saillies grosses comme des pois, et une autre plus importante à gauche. On enlève la première. L'extirpation de la prostate n'est pas complète, il reste encore deux cent. de glande sur la face postérieure de la vessie. Restauration de l'urètre. L'hémorragie a été abondante. Poids de la prostate, 48 grammes.

Examen histologique pratiqué par M. Cade, chef de clinique à la Faculté. — Prolifération de l'épithélium glandulaire, les acini sont remplis par l'épithélium proliféré. Ilots épithéliaux entre les fibres du stroma. Il s'agit donc indiscutablement d'un cancer de la prostate.

Suites opératoires simples. Le malade quitte le service le 9 mai, c'est-à-dire un mois après l'opération, urinant trois fois le jour et trois fois la nuit, avec un résidu qui n'a pas changé et un état général excellent. Pendant le mois de juin, les résidus tombent à 50-60 grammes, les urines sont claires et l'état général parfait.

Au mois d'août, plusieurs symptômes inquiétants font leur réapparition ; les mictions redeviennent fréquentes, pénibles, le cathétérisme devient difficile, le toucher rectal révèle la présence d'une grosse masse dure au niveau de la prostate. En raison de cet état de choses et de l'ablation incomplète de la prostate lors de la première opération, une nouvelle intervention est décidée.

22 août 1903. — Opération par M. Rafin. *Seconde prostatectomie périnéale*. Lavage de la vessie et introduction d'un Béniqué n° 22. Incision en avant au ras de la première incision. Difficultés dans le décollement de la prostate, car elle est entourée par un tissu très dur, fibreux, et elle est profondément située. Y a-t-il eu reproduction du tissu prostatique ? On serait tenté de le croire.

Incision de ce tissu, extraction par morcellement, car il est d'une dureté exceptionnelle. On enlève toute la paroi inférieure de l'urètre, sauf la portion juxta-vésicale. Les débris pèsent 77 gr. L'hémorragie a été abondante. Drain périnéal.

Suites opératoires. — Pas de choc, pas de vomissements, mais état nauséux persistant trois jours.

Fin octobre. — Plaie à peu près cicatrisée. Alternatives de mieux et de mauvais état.

En décembre, le malade a beaucoup maigri, il se cachectise rapidement. Il est mort onze mois après l'opération.

L'examen histologique, pratiqué sur les débris enlevés à la seconde opération, confirme le premier et affirme la nature épithéliomateuse de la tumeur. Toutefois, le tissu conjonctif est plus abondant.

OBSERVATION XIV. RAFIN. (1)

Hypertrophie de la prostate. — Prostatectomie périnéale. — Epithélioma adénoïde. — Mort chez lui 66 jours après l'opération, probablement d'infection rénale.

B..., 71 ans, mécanicien, demeurant à Givors, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 17 juillet 1905, pour des troubles urinaires.

(1) Motz et Majewski, cancers épithéliaux de la prostate, *Ann. des m. des org. gén.-u.* 1907, p. 197.

Antécédents. — Ancienne tumeur blanche du genou. Pas de blennorrhagie, jamais de calculs. L'affection actuelle a débuté il y six ans environ par des mictions nocturnes, puis douleur en urinant, dut ensuite se sonder depuis quatre mois.

Etat actuel. — Mictions toutes les heures, douleur vive au début de la miction, urine trouble, acide, un peu de sang ; pas de sucre ; albumine. Une sonde n° 18 passe facilement, la vessie contient seulement 160 grammes. Prostate peu hypertrophiée. Bon état général.

22 juillet. — *Prostatectomie périnéale* par M. Rafin ; prostate molle, friable, enlevée par morcellement, col de la vessie, rigide stricture qui résiste au doigt. Sonde à demeure, mèches, drain.

Examen histologique. — Prolifération glandulaire très marquée et irrégulière. Epithélioma adénoïde.

Suites opératoires. — Immédiates, bonnes. Pas de fièvre ; les mèches et le drain supprimés au deuxième jour.

31 juillet. — Se mouille peu ; hier et aujourd'hui élévation de température, langue bonne néanmoins, bon aspect de la plaie. Urine trouble, de réaction alcaline, d'odeur désagréable.

25 août. — Depuis quelques jours, le malade ne se mouille plus le jour, mais encore un peu la nuit. Résidu 175 grammes, un quart d'heure après la miction. Urine fétide et purulente.

6 septembre. — *Exeat.* — Les mictions sont encore très fréquentes et les urines ammoniacales. Le toucher rectal, fait quelques jours auparavant, n'a pas indiqué d'augmentation de volume de la tumeur. L'état général est passable.

Le malade a succombé, chez lui, le 27 septembre, c'est-à-dire 66 jours après l'opération, probablement à de l'infection rénale.

OBSERVATION XV. RAFIN (résumée)

Epithélioma adénoïde. — Prostatectomie générale. — Hémorragie secondaire. — Guérison. — Récidive probable cancéreuse. Mort.

D... Claude, 63 ans, tisseur, demeurant à Pannissières (Loire), entre à l'hôpital Saint-Joseph le 13 février 1905, pour rétention d'urine envoyé par le docteur Minjeard.

Pas d'antécédents, Il y a un an, cinq mictions par nuit. Mai 1904, à la suite d'excès, rétention. Au commencement de 1905, le malade doit se sonder presque tous les jours.

Actuellement. — Rétention complète ; urine louche ; une sonde de Nélaton n° 16 passe. Vessie : résidu 400 grammes. Prostate grosse comme un œuf, un peu aplatie, dure, légèrement bosselée. Le malade aurait beaucoup maigri (21 kilos en un an).

17 février. — *Prostatectomie périnéale* par M. Rafin. La prostate est aborbée comme d'habitude ; la capsule est très adhérente ; on la détache et on enlève les deux lobes par morcellement. Drainage. La prostate pèse 35 grammes ; à l'examen histologique, prolifération épithéliale, nombreuses cavités glandulaires. Epithéliome.

Suites opératoires. — Premiers jours bons. Hémorragie secondaire un mois après l'opération, la vessie remplie de caillots remonte jusqu'à l'ombilic, on la vide par une sonde métallique n° 24 et à l'aide d'aspiration. Sonde à demeure.

6 avril. — Exeat. Bon état. Revu le 15 juillet, bon état cinq mictions par jour.

18 octobre. — Le malade revient pour mictions de nouveau fréquentes et douloureuses. Prostate peu volumineuse, mais très dure. Le malade séjourne à l'hôpital jusqu'au 25 novembre, puis demande à partir. Il est mort depuis.

OBSERVATION XVI (inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le D^r RAFIN).

Premier séjour. — Prostatique rétionniste non infecté. —

Deuxième séjour. — Rétention complète. — Cancer méconnu. —

Prostatectomie. — Mort un an et demi après l'opération.

S. P..., 67 ans, ébéniste né à Trévoux. Entre à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, le 15 juin 1905. Mère morte de la poitrine, père aussi. Bonne santé habituelle, réformé cependant pour palpitations. A 37 ans, fluxion de poitrine.

Aucun antécédent urinaire.

Etat actuel. — Pollakiurie nocturne depuis douze ans environ ; a eu des accès de rétention environ trois fois depuis ces trois dernières années. Le malade n'a absolument rien fait, ne s'est pas sondé et a laissé passer ces accidents.

Cette fois, le malade s'est décidé à appeler un médecin, parce qu'il souffrait plus que les autres fois. Sur les instances du docteur Adenot, il entre à l'hôpital. Actuellement il urine trois ou quatre fois le matin, en l'espace d'un quart d'heure, et n'obtient que quelques gouttes d'urine. En dehors de cela, il urine trois à quatre fois par jour, et cinq à six fois la nuit.

Examen. — L'explorateur à boule n° 18 passe en donnant un léger frottement au niveau de l'urètre prostatique. A son entrée, le malade est en état de rétention complète ; vessie remontant jusqu'à l'ombilic sans douleur. La prostate est augmentée de volume avec de légères bosselures, mal limitée en dehors. Noyau induré à la queue de l'épididyme.

Digestions mauvaises, langue sèche, peu d'appétit, soif ardente. Craquements aux deux sommets, respiration emphysémateuse dans les deux poumons. Cœur hypertrophié battant dans le sixième espace intercostal en dehors de la ligne mamelonnaire, lésion compensée.

16 juin 1905. — Aujourd'hui le malade a uriné de lui-même cinq ou six fois, environ une demi-bouteille, dit-il. La distension vésicale est toujours la même.

24 juin. — Bien amélioré. Plus de douleurs dans l'hypogastre, urines claires, bon état général.

30 juin. — Le malade part amélioré, urines superbes. Il ne veut à aucun prix entendre parler d'intervention.

Deuxième séjour. — Le malade rentre à l'hôpital le 30 mai 1906 : depuis sa sortie, il s'est sondé régulièrement lui-même, quatre ou cinq fois par vingt-quatre heures. La rétention a toujours été absolument complète. Actuellement, urines sales, alcalines, disque léger d'albumine, pas de sang. Rien aux poumons ; au cœur, la pointe bat dans le sixième espace.

Prostate augmentée de volume, lobe gauche plus gros que le droit, avec de petits noyaux superficiels. Pas de douleur dans les cuisses.

23 mai 1906. — Le malade est sondé quatre fois par jour. Résidus variant de 300 à 500; n'urine rien spontanément. Fièvre. On met une sonde à demeure, qui fait tomber la température à la normale.

28 mai. — Ablation de la sonde à demeure. Urines claires.

12 juin. — Urines claires. N'urine pas spontanément.

19 juillet. — Capacité vésicale, 400 gr. Prostate assez considérablement atrophiée, de consistance très dure, le lobe gauche est le plus volumineux et présente de petites bosselures grosses comme des pois; le lobe droit, tout en présentant quelques inégalités, n'offre pas ces bosselures saillantes; le bord supérieur est très net. On sent la vessie qui se laisse déprimer et parfaitement souple. Les bords latéraux, surtout le gauche, s'étendent jusqu'aux ischions.

21 juillet. — *Prostatectomie périnéale.*

Anesthésie à l'éther sans incident. Incision habituelle. On sectionne les tissus sous-jacents et le muscle recto-urétral. La prostate, à l'examen direct, est bien moins bosselée qu'elle ne le paraissait au toucher rectal. Du côté gauche, on sent une nodosité très dure, formée par un calcul qui a la grosseur et l'aspect d'un noyau de cerise, et qui s'extraît facilement. La dissection de la prostate est difficile, on est obligé de sculpter l'urètre dans le tissu glandulaire; mais l'urètre membraneux est respecté; ce n'est qu'au niveau du col de la vessie que le débridement s'effectue, de façon à ce que ce col soit effondré. On dépasse la glande et on arrive aux vésicules séminales dont un vaisseau est sectionné, ce qui nécessite la mise en place d'une pince à demeure. L'extraction se fait en deux fragments.

Drainage périnéal et tamponnement. Sutures. La prostate pèse 18 gr. Deux jours après, la mèche est enlevée et la sonde laissée, car elle est bien supportée. Tout le liquide passe par le périnée.

3 août. — Le liquide commence à passer par la sonde.

9 août. — La sonde a fonctionné jusqu'à aujourd'hui. On l'enlève, car elle ne fonctionne plus.

16 août. — Quelques mictions par la verge.

15 septembre. — Le malade urine toujours un peu par le

périnée, urines troubles, œdème des parties, état général satisfaisant.

18 octobre. — L'orifice périnéal existe toujours. On doit laisser la sonde à demeure.

24 novembre. — Le malade continue à avoir de l'incontinence, ce qui fait penser à la *dégénérescence néoplasique*. Au toucher, on sent une masse dure, se délimitant nettement en haut, un peu diffuse sur les bords; la prostate s'est donc reformée, et les craintes de néoplasme se réalisent.

22 janvier 1907. — Amélioration positive de l'état général. Des hématuries apparaissent en février. La fistule périnéale existe toujours. Le toucher rectal, pratiqué le 11 avril, donne la sensation d'une prostate de la grosseur d'une petite mandarine avec des bosselures saillantes et dures qui ne laissent pas de doute sur la nature néoplasique et dégénérescence.

15 avril. — Excit.

27 décembre 1907. — Malade revu chez lui dans un état de cachexie extrême; abdomèn contracturé, vessie sonore à la percussion. Au toucher combiné, le doigt se trouve dans un canal rigide de tous côtés, ne présentant aucune bosselure, mais dur dans toute son étendue. On n'arrive pas à sentir la main qui déprime la vessie. Une petite fistulette périnéale. Le malade perd ses urines par cette fistule; il dit sentir le besoin d'uriner, mais se trouve constamment mouillé, rien ne passe par la verge. Escarre fessière. Douleurs dans l'abdomen assez violentes, surtout dans la jambe gauche; mais pas de phlébite. Perte de l'appétit.

5 janvier 1908. — On apprend sa mort par les journaux.

L'examen histologique de la prostate enlevée le 21 juillet 1906 a été fait par M. le docteur FAYSSE. Dans certaines parties de la tumeur, prolifération conjonctive; dans d'autres points, l'élément glandulaire prolifère nettement. En résumé, il y a des réserves à faire sur la nature de cette hypertrophie qui paraît être *en voie de transformation épithéliomateuse*.

OBSERVATION XVII. ALBARRAN.

Tumeur maligne de la prostate. — Prostatectomie ; bon état sept mois après l'opération.

A l'examen du malade, le 10 mai 1905, M. Albarran constate que l'urètre est de calibre normal, long de 18 centimètres, saignant un peu par le passage de l'explorateur à boule n° 20.

Prostate hypertrophiée, dont on ne peut dépasser les limites avec le doigt, dure, irrégulière, évidemment cancéreuse. Vésicules séminales normales, pas de propagation périprostatique apparente.

Cystoscopie. — Vessie de capacité normale ; près du col, en arrière, saillie irrégulière de la prostate, non ulcérée. Les orifices urétéraux sont normaux. Urètre et reins normaux ; pas de ganglions inguinaux ni iliaques. Les urines sont glaireuses, contiennent un peu de pus ; élimination normale du bleu de méthylène.

Etat général médiocre ; malade affaibli mais non cachectique. Cœur, foie, poumons normaux.

17 mai 1905. — Opération.

1° Incision ordinaire prérectale de la prostatectomie périnéale ; dégagement du rectum maintenu en arrière par mon écarteur. Je note dans ce temps opératoire plus de saignement que d'habitude.

2° Incision médiane antéro-postérieure de la prostate, se prolongeant jusqu'à la vessie ; le doigt introduit dans la vessie arrive juste à la limite de la tumeur.

3° Section transversale de l'urètre au-devant de la prostate.

4° Saisissant la moitié latérale gauche de la tumeur avec une pince à traction, je la décortique d'abord au doigt, puis aux ciseaux sur ses parties latérales.

5° Section antéro-postérieure de la paroi urétrale supérieure dégagée jusqu'au delà du col de la vessie.

6° Section de la paroi de la vessie à un centimètre en avant de l'orifice urétéral, bien au delà des limites de la tumeur.

En arrière de la vessie, je dégage les vésicules séminales qui sont extirpées. Le pédicule supérieur de la prostate est trop haut placé pour être ligaturé ; une pince est placée, et toute une moitié de la tumeur est extirpée.

7° La moitié gauche de la prostate est enlevée de la même manière avec la partie correspondante de l'urètre et de la vessie.

8° La vessie s'amène facilement dans la plaie : je suture sa partie antérieure à la paroi urétrale supérieure ; je puis ensuite suturer d'avant en arrière une grande partie de la plaie vésicale, mais je ne parviens pas à réunir complètement la vessie à l'urètre ; il reste un orifice allongé d'avant en arrière, dont je me sers pour placer dans la vessie un tube n° 40. Bourrage de la plaie que je laisse ouverte largement.

L'opération a déterminé une hémorragie abondante ; j'ai dû laisser quatre pinces à demeure.

Suites opératoires. — Shock considérable ; anurie pendant deux jours, puis urines abondantes coulant en partie par le tube, en partie à côté et mouillant le pansement. A partir du quatrième jour, fièvre qui se prolonge avec des alternatives jusqu'au vingtième jour.

Le huitième jour, matières fécales dans le pansement, venant d'un orifice rectal trop haut placé pour être senti avec le doigt ; cette fistule se ferme spontanément vers le quarantième jour.

Trente-cinquième jour. — Le malade se lève. Il perd toute l'urine par le périnée, mais son état s'améliore de jour en jour. Quand on le sonde, ce qui est aisé avec le mandrin, en mettant un doigt dans le rectum, on recueille dans la vessie 20 à 30 gr. d'urine.

10 juillet. — Le malade, très amélioré et ayant repris des forces, part pour l'Italie. Il a encore des accès de fièvre qui disparaissent complètement en septembre.

12 octobre, il a encore une fistule très petite ; un peu d'urine commence à passer par la verge. L'état général est excellent.

En décembre, l'amélioration est très grande ; la quantité d'urine qui passe par la verge a beaucoup augmenté (1).

(1) M. Albarran n'a pas reçu de nouvelles de ce malade, et le croit mort.

OBSERVATION XVIII. CASTAÑO (de Buenos-Ayres) (1)

Cancer de la prostate. — Prostatectomie périnéale. — Mort.

N. N..., 46 ans.

Il y a huit mois, après un long exercice d'équitation, les mictions se font plus fréquentes et plus douloureuses, avec irradiations au sacrum. Deux mois après, hématuries ayant duré dix-neuf jours et pour lesquelles il entre à l'hôpital. L'urètre antérieur est libre, l'urètre postérieur élargi et rugueux ; l'explorateur passe difficilement. Cystite intense. La prostate est dure, ligneuse et régulière, impossible à délimiter latéralement. Elle semble se propager vers les organes du voisinage. Hyperthrophie de la prostate, qui est cancéreuse.

Extirpation partielle. Pas d'accidents urinaires. Le malade se sent mieux.

Mort après trois mois de cachexie cancéreuse. La certitude de pouvoir améliorer le malade était une indication suffisante pour procéder à l'opération.

OBSERVATION XIX. ROCHET et THEVENOT (2) (résumée).

Henri G..., 61 ans, vacher, entre à l'Antiquaille, le 30 août 1906, pour une rétention d'urine datant de quinze jours.

C'est un vieillard qui a les apparences d'une parfaite santé ; rien dans les antécédents, sauf un seul séjour à l'hôpital. En janvier, il fut en effet soigné à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Poncet pour des coups de couteau multiples avec plaies pénétrantes du poumon, dont il guérit très rapidement.

G..., qui avait depuis quelque temps de la pollakiurie, fut pris brusquement de rétention d'urine, et urinait par regorgement toutes les cinq minutes la nuit, et très fréquemment le jour : entre à l'hôpital pour ces accidents.

(1) *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1907, 426.

(2) *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, p. 266.

Etat actuel. — Le cathétérisme est fait sans difficulté avec une sonde de Nélaton n° 18, il ramène 600 grammes d'une urine trouble dont le dernier verre est opaque, il n'y a pas de sang et le malade n'a jamais eu d'hématurie.

La prostate est régulièrement tendue, augmentée de volume, lisse, rénitente, douloureuse à la pression. A l'explorateur, pas de calcul. Cystoscopie : intégrité de la muqueuse vésicale.

Le malade ne présente pas de fièvre ; pas de troubles digestifs, pas de ganglion : État général très bon. Dans ces conditions on pense à une hypertrophie de la prostate avec infection urinaire et prostatite, et on fait des lavages de la vessie.

Amélioration de l'état local, jamais plus de 37°6, le malade se décide à se laisser faire une prostatectomie.

11 septembre 1906. — Bien que la température se soit élevée à 38°4, on anesthésie le malade. On fait une incision pré-rectale, et l'on dénude avec la plus grande facilité la face postérieure de la prostate, sans rien remarquer d'anormal.

On sectionne ensuite la prostate sur la ligne médiane, afin d'énucléer successivement les deux lobes. On tombe sur une cavité du volume d'une noix, pleine d'un pus crémeux et bien lié. On arrête là l'intervention et l'on panse la plaie à plat.

30 septembre. — Les troubles urinaires ne s'étant pas modifiés, on fait la *prostatectomie*, mais au cours de l'opération on tombe sur des adhérences telles de la prostate au rectum, que ce dernier est perforé. Suture soigneuse de cette perforation.

Examen histologique, pratiqué par M. le professeur agrégé PAVIOT : épithélioma tubulaire de la prostate.

13 octobre. — Bonnes suites opératoires.

19 décembre. — Le malade retourne à l'hospice du Perron où il est employé.

Nouveau séjour dans notre service du mois d'avril à octobre 1907, où le malade succombe à une fistule recto-vésicale compliquée d'obstruction intestinale chronique. Il a donc survécu douze mois et demi à la prostatectomie.

L'autopsie a montré une généralisation du cancer aux ganglions abdominaux.

OBSERVATION XX. GIULIANI.

(Duc à l'obligeance du docteur Giuliani.)

Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète sans distension.
— Prostatectomie périnéale. — Guérison. — Récidive. — Cancer
prostatique. — Mort.

R... Jean, 60 ans, cultivateur à Saint-Quentin-Fallavier
(Isère); entre à l'hôpital Saint-Joseph le 7 février 1907.

Marié, deux enfants en bonne santé, aucun antécédent. Pas
d'antécédent urinaire.

L'affection actuelle remonte au 29 janvier 1907, c'est-à-dire à
une huitaine de jours; a débuté par une rétention complète, pour
laquelle il a été sondé deux jours après le début; les jours sui-
vants, a été sondé trois fois par jour jusqu'au jour de son entrée
à l'hôpital.

A l'entrée : rétention. N'urine que quelques gouttes seulement
quand il va à la selle; avant la rétention, il urinait quatre à cinq
fois le jour et pas la nuit. Pas de douleur. L'urine est trouble,
sans odeur, alcaline, gros disque d'albumine, pas de sucre, nom-
breux globules de pus. Pas d'hématurie. Une sonde de Nélaton
n° 20 passe facilement. Il y a un résidu de 500 gr., le malade
étant sondé deux fois en vingt-quatre heures.

Examen de la prostate. — Augmentée de volume, lobe gauche
aplati et lisse, consistance normale; lobe droit présente deux
bosselures très nettes et dures, les bords ne sont pas facilement
limités. Pas de sciatique, pas de douleur. Bon état général.

16 février. — Le malade a été sondé régulièrement trois fois
par jour. Son urine est limpide.

21 février. — Résidus diminuent progressivement. Le malade
urine trois à quatre fois le jour, deux à trois fois la nuit.

Exeat. M. Rafin ne propose pas l'opération, le malade allait
mieux, d'ailleurs les bosselures de la prostate auraient pu faire
soupçonner un cancer.

Deuxième séjour. — Le malade revient le 24 septembre 1907,

parce qu'il urine très souvent, les mictions sont douloureuses, de même que la défécation. Résidu varie de 200 à 300 gr.; urine limpide, sans sucre, ni albumine.

Prostate grosse, le lobe droit est volumineux, formant une grosse bosselure saillante dans le rectum; le lobe gauche est aplati. Bon état général; depuis son dernier séjour à l'hôpital, l'état général ne s'est pas modifié; aucune douleur; aussi écarte-t-on l'hypothèse de cancer, et l'on propose l'opération.

29 septembre. — *Prostatectomie périnéale*, par M. Giuliani. Manuel opératoire classique; il y a un petit polype saillant dans la vessie; les bosselures sont constituées par de petits fibromes qui s'énucleent facilement. Prostate de 60 gr. fibromateuse (ex. histologique de M. Faysse).

31 octobre. — Les suites opératoires ont été bonnes, le malade a eu cependant pendant quatre ou cinq jours un peu de fièvre survenue quinze jours après l'opération, s'accompagnant d'une légère augmentation de volume des reins.

Aujourd'hui, plaie cicatrisée; urine claire. Urine trois fois le jour et trois fois la nuit. Le malade sort, en bon état, le 1^{er} novembre.

15 janvier 1908. — Nouvelles par le fils du malade. La plaie est fermée. Urine trois fois le jour et quatre fois la nuit; pas d'incontinence. Urine claire, bon appétit, bon état général. Souffre, paraît-il, dans la région anale.

Février 1908. — Le malade présente actuellement des signes de cancer prostatique récidivé. Un nouvel examen histologique pratiqué sur un autre point de la prostate enlevée démontre qu'il s'agissait de cancer. M. Rafn, lors du premier séjour du malade, avait bien soupçonné qu'il s'agissait d'un cancer.

Mort rapidement dans la suite.

Deuxième catégorie. — Prostatectomies transvésicales.

OBSERVATION XXI. HARRISON (résumée).

Malade de 64 ans. Fréquence nocturne et diurne, incontinence. Coliques néphrétiques auparavant (il y a deux ans), graviers d'acide urique dans l'urine. Au toucher rectal, prostate très dure, surtout en un point où l'on a la sensation d'un calcul emprisonné. Plus tard, douleurs aux fesses et aux cuisses; amaigrissement.

Je prévis le malade que le cas n'était pas favorable. A la demande du malade, on tenta d'enlever la glande par la voie sus-pubienne. Je préférerais agir ainsi, car il était évident qu'il s'écoulerait peu de temps avant qu'il fût nécessaire d'ouvrir la vessie. L'urètre prostatique allait être rapidement oblitéré par la tumeur envahissante et le cathétérisme deviendrait impossible.

Prostatectomie sus-pubienne en février 1902, quatre mois après le premier examen du malade. La masse prostatique ne put être extraite avec le doigt et dut être enlevée en plusieurs morceaux.

L'évolution de ce cas fut surprenante. Bien que le malade éprouvât un soulagement immédiat, grâce à la facilité d'écoulement de l'urine par la plaie ouverte, la tumeur revint, en trois ou quatre semaines, à sa grosseur primitive, et le malade mourut quatre mois après l'opération.

Examen histologique. — Pourtour de la tumeur adénomateux, centre carcinomateux. La coupe ressemblait à celle d'un squirrhe du sein.

OBSERVATION XXII. HARRISON (résumée).

Carcinome prostatique. — Prostatectomie transvésicale.

Ouvrier de 61 ans. Me consulta en 1901 pour fréquence de la miction. Pas de résidu capable de provoquer ce symptôme; il fallait en chercher la cause ailleurs. Au toucher rectal, la prostate

était dure et élargie. Il fut noté cependant que le rectum était mobile et que la tumeur n'adhérait pas au bassin.

Janvier 1902. — Les symptômes s'étant aggravés, la *prostatectomie transvésicale* est faite le 5 janvier ; ce qui paraissait un adénome fibreux de la prostate fut extrait avec difficulté en deux morceaux avec le doigt. La vessie était évidemment distendue depuis longtemps. On pouvait introduire l'index dans l'ouverture des uretères.

A l'œil nu, l'apparence de ces masses était carcino mateuse (confirmé par l'*examen histologique*).

Avril 1902. — Le malade part pour le Cap en bonne santé et urinant normalement. Quatre mois plus tard hématuries coïncidant probablement à une récurrence. Seize mois après l'opération, la cicatrice abdominale et les ganglions sont largement envahis par le carcinome, et le malade succombe à cette récurrence.

OBSERVATION XXIII. TUFFIER (résumée).

Cancer de la prostate. — Prostatectomie transvésicale.

D...; 62 ans, entre à l'hôpital Beaujon, 9 nov. 1904. Difficultés à la défécation ; assez ancienne. Il y a six semaines, troubles de la miction, portée du jet diminuée. Pas d'hématurie.

Examen. — Au toucher, prostate grosse, du volume d'une petite orange ; on atteint difficilement le bord supérieur. Pas douloureuse. Dure, bosselée. La paroi rectale n'adhère pas à la prostate, peu mobile elle-même. Pas de blennorrhagie, pas de syphilis, pas de tuberculose.

Opération transvésicale le 14 nov. 1904. La paroi inférieure de la vessie est incisée sur six centimètres, le clivage de la tumeur s'effectue assez facilement, mais pour extraire l'extrémité inférieure, on doit s'aider de l'index ganté introduit dans le rectum. Hémorragie.

Suites opératoires. — Le lendemain, pouls bon, plein (106), température 37-38° ; les sondes fonctionnent bien, le malade a rendu un litre et quart de liquide fortement sanguinolent.

19 novembre. — Température 38° ; état assez bon.

Le malade est sorti quinze jours après l'opération et n'a pas été revu. La tumeur enlevée a, sur certains points, l'aspect glandulaire ordinaire, sur d'autres un aspect nettement épithéliomateux.

OBSERVATION XXIV. HARTMANN (résumée).

Prostatectomie hypogastrique.

G. P. . . , 65 ans, entre, 25 mars 1905, lit n° 27, salle Civiale, à l'hôpital Lariboisière. Mictions impérieuses et fréquentes. Pas de douleurs en aucune partie de l'appareil génito-urinaire. Deux à trois mictions par heure, une douzaine de fois la nuit. Au *toucher rectal*, grosse prostate, bombe dans le rectum, indolore au toucher, de consistance souple, à peu près normale.

Opération, le 7 avril 1905, par le docteur Hartmann : *prostatectomie hypogastrique*. Anesthésie chloroformique. Incision hypogastrique, ouverture de la vessie, énucléation de la prostate en totalité ; on doit sectionner une adhérence solide en bas et à droite. Tissu prostatique grisâtre, aspect assez uniforme.

Suites opératoires. — Immédiates assez bonnes, les premiers jours un peu de température. On enlève la sonde hypogastrique après un mois (5 mai).

Du 24 mai au 3 juin, la température s'élève progressivement à 39°1. Le malade succombe dans le coma.

Autopsie. — Lésions des reins, urétéro-pyo-néphrose, grosse prostate, irrégulière, d'aspect grisâtre ; la pression fait sourdre un suc laiteux. Ganglions.

La tumeur enlevée le 7 avril est nettement néoplasique.

OBSERVATION XXV. LOUMEAU (1) (résumée).

Ablation d'un gros cancer de la prostate.

M. Loumeau a enlevé par la prostatectomie hypogastrique, chez un vieillard, un gros carcinome encéphaloïde de la prostate,

(1) Loumeau. X^e session de l'Ass. fr. d'Urologie, 1906.

bien circonscrit dans la loge prostatique, sans envahissement ganglionnaire apparent. Devant les accidents de rétention invincible d'urine et de constipation permanente présentés par le malade, le chirurgien pratiqua l'ablation de la tumeur et de l'urètre prostatique après section transvésicale du canal, au devant du bec prostatique, et hémisection longitudinale de la masse totale ; celle-ci extirpée comme l'utérus dans l'hystérectomie totale.

Les suites opératoires furent très simples, le malade ayant une très belle santé générale. Il ne souffre plus de rien, sinon de l'incontinence d'urine qui se fait chez lui soit par la plaie, soit par l'urètre, alternant avec des périodes de continence.

Le résultat thérapeutique, qui date aujourd'hui de huit mois, est donc satisfaisant, puisqu'il se traduit par la disparition et de la rétention et de la constipation chronique, aussi bien que l'eût fait la double infirmité constituée par un anus contre nature et un méat artificiel. D'autre part, l'opération pratiquée permet encore aujourd'hui, vu l'absence apparente de récidive, de caresser l'espérance d'une véritable guérison possible, entière et définitive.

OBSERVATION XXVI. BODDAERT (de Gand).

Il s'agit d'un homme de 69 ans, prostatique, depuis un an, avec résidu de 100 gr., vives douleurs spontanées et hématuries, et chez lequel on ne peut faire de cystoscopie à cause des hémorragies.

L'opérateur suivit la technique indiquée par Ramon-Guiteras : le ballon de Petersen, gonflé à 250 gr., agrandit considérablement le champ opératoire et supprime la manœuvre septique du doigt introduit dans le rectum. La prostate était de volume minime. Le drainage a été assuré par les tubes de Guyon-Périer et une sonde de Pezzer, en gomme dure, introduite par l'urètre : le pavillon de cette sonde s'efface pendant l'introduction et se développe lors de la mise en place dans la cavité de la prostate.

L'examen microscopique, pratiqué par le docteur Schoenfeld, a démontré qu'il s'agissait d'un cancer. Bon état général après un mois et demi.

Malade perdu de vue.

OBSERVATION XXVII. CARLIER (de Lille)

Prostate cancéreuse enlevée par la voie trans vésicale.

M. le professeur Carlier présente une prostate cancéreuse enlevée par la voie trans-vésicale. La difficulté de l'opération, dans les cas de ce genre est toute particulière, alors que la décortication se fait si vite dans l'hypertrophie simple de la prostate. La pièce a pu être enlevée tout à fait entière. Il s'agit, d'après M. CURTIS, d'un adéno-carcinome pesant 250 grammes et ayant un diamètre de 15 centimètres. Le malade va très bien ; malgré l'hémorragie très abondante, il n'a pas même eu de shock.

Actuellement, les urines sont limpides ; il persiste une fistule hypogastrique qui restera à demeure à cause de l'impossibilité de passer une sonde à travers le canal tortueux et rétréci. Du reste cette fistule est loin d'être très désagréable, et les malades vivent très bien avec une fistule de ce genre.

M. CARLIER, malgré le bon résultat obtenu dans ce cas, n'ose pas conseiller l'intervention exclusivement par la voie trans vésicale dans les cancers avérés de la prostate ; par la voie périnéale, l'hémorragie est moins abondante et on y voit mieux.

OBSERVATION XXVIII. LERICHE (inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur PONCET)

Cancer de la prostate. — Prostatectomie transvésicale.

M... Pierre, âgé de 71 ans, entre le 13 septembre à l'Hôtel-Dieu pour une rétention d'urine.

Habituellement bien portant et sans passé urinaire, cet homme souffre de difficulté à uriner ; progressivement, depuis six jours, il a vu s'établir une gêne de la miction, en même temps qu'il était obligé de se lever deux ou trois fois la nuit pour uriner. De plus, une constipation opiniâtre s'est installée, et c'est pour celle-ci qu'il y a quatre jours il s'est présenté à la visite. Il y avait du

ballonnement du ventre ; les urines émises spontanément étaient peu abondantes, la langue était bonne, il n'y avait pas de fièvre. Une purgation a amené une sédation, mais elle a été suivie d'une rétention absolue peu douloureuse, qui dure depuis trois jours.

A l'examen, l'état général est encore bon ; il n'y a aucune tare viscérale ; les reins ne sont pas perçus, la vessie remonte à deux travers de doigt de l'ombilic. Le cathétérisme est relativement facile, il évacue une grande quantité d'urines claires. Au *toucher rectal* on sent une prostate hypertrophiée, dure, bosselée, gênant la défécation et s'accompagnant de faux besoins. Les urines ne renferment pas d'albumine.

Dans les jours suivants la miction se rétablit par les voies naturelles mais il reste chaque fois un gros résidu vésical de 150 à 200 grammes.

20 septembre 1909. — Sous anesthésié à l'éther, M. Leriche pratique la *prostatectomie sus-pubienne*, après injection de 10 cc. de sérum de cheval pour favoriser la coagulation.

La vessie est très distendue, sa paroi est épaisse ; autour de l'urètre, par la face endo-vésicale, on perçoit une grosse masse en couronne qui encercle le canal, avec un gros lobe saillant dans la lumière urétrale. Pensant faire une énucléation, M. Leriche incise en arrière de l'urètre, sur le point saillant, mais c'est en vain que le doigt cherche un peu de clivage ; il est impossible d'en trouver un que l'on puisse suivre ; il n'y a pas de capsule à vrai dire, et la prostate est solidement fixée.

On met alors une pince de Museux sur la tumeur, que l'on élève un peu, -et sur elle on taille, aux ciseaux, une collerette vésicale péri-prostatique ; puis, sur le doigt comme guide, les ciseaux séparent la prostate des parties voisines. Après avoir dépassé son bord inférieur, on coupe l'urètre transversalement à deux travers de doigt environ de son embouchure vésicale ; la tumeur est alors basculée, pôle inférieur en haut ; elle tient encore par sa base. En tirant sur elle, on se rend compte que l'adhérence est constituée par la vésicule séminale gauche induite. On en fait l'ablation et le bloc prostatato-vésiculaire est alors amené au dehors sans difficulté. L'hémorragie n'est pas très

considérable; il persiste sur le plancher vésical une perte de substance ayant la dimension d'une pièce de 5 francs. La cavité laissée par la prostatectomie revient assez vite sur elle-même, on y place deux gros tubes de caoutchouc, et des mèches de gaze. Deux fils métalliques fixent la vessie à la peau.

Dans l'après-midi, vers 2 heures, se produit une hémorragie assez considérable. M. ESPENEL, interne du service, détamponne la vessie, fait par les tubes un lavage à l'eau oxygénée très chaude, puis il injecte du sérum artificiel, car le malade est très pâle, et 10 cc. de sérum de cheval. Au bout de quelques minutes l'hématose est obtenue. Cet incident n'eut pas de suites fâcheuses.

Suites opératoires. — A partir de ce moment, l'évolution a été très simple : on fit régulièrement deux lavages par jour et la convalescence s'est effectuée, mais plus lentement qu'après une prostatectomie sus-pubienne normale.

Au bout d'un mois, le malade se lève; mais son orifice sus-pubien n'est pas fermé, il s'en fant.

A partir du 15 novembre 1909, on calibre l'urètre avec des Béniqués (23-24) et petit à petit les mictions se font par l'urètre.

1^{er} décembre 1909. — Actuellement, deux mois et demi après l'intervention, il ne persiste plus qu'une fistule sus-pubienne insignifiante, la moitié de l'urine s'écoule par la verge. Le malade a repris un excellent état de santé, il mange bien, se lève trois heures par jour et se déclare enchanté. Le toucher rectal montre un bloc fibreux, dur, au niveau de la prostate, il n'y a pas de trace de récurrence pour l'instant.

La pièce enlevée comprend une masse fibreuse d'aspect squirrheux, sans partie énucléable, sans capsule individualisée; l'urètre prostatique a été enlevé en totalité, ainsi que la vésicule gauche, sauf son extrême pointe. *Histologiquement*, il s'agit d'un véritable épithéliome à stroma fibreux.

CONCLUSIONS

1° Dans les formes encapsulées du cancer de la prostate, qui simulent l'hypertrophie simple, on peut tenter une ablation totale de la prostate.

2° Cette prostatectomie sera faite *par voie périnéale ou par voie transvésicale*. Nous avons réuni vingt observations de prostatectomies périnéales et huit transvésicales. Les observations sont encore trop peu nombreuses pour que l'on puisse conclure en faveur de l'une ou de l'autre voie. Il semble théoriquement que la périnéale soit préférable. Dans la voie transvésicale, on peut chercher à garder une fistulisation de la vessie à la peau, comme méat de sûreté.

3° Les résultats éloignés sont relativement favorables dans 25 % des opérations tentées; mais on n'a obtenu dans ces cas que des survies plus ou moins longues.

4° Le moindre doute sur la non-limitation du cancer contre-indique formellement toute opération.

VU :

Le Président de la Thèse.

A. PONCET.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 1^{er} décembre 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. Trois cas de prostatectomie. Arch. prov. de chir. Paris, 1902, n° 2.
- ALBARRAN. — Article du traité de ch. de Le Dentu et Delbet.
- L'épithélioma adénoïde de la prostate. Rev. gén. de cl. et de thér. Paris, 1907, XXI, 104.
- Médecine opératoire des voies urinaires. Paris, 1909.
- ASCHENBORN. — Carzinom der Prostata. Klin. Ch. Wochenblatt, 1880.
- BARTON. — Carcinom of the prostata. 1881, LXXXI, p. 553.
- BELFIELD. — Report of case of cancer of prostat. Chicago med. J. and Exam., 1887, LXV, 435.
- BENEKE. — Ueber osteoplastische Karzinom nach Prostata. Muenchn. med. Wochensch., 1908, 1105.
- BÉRARD. — Contribution à l'étude des rapports du cancer et de l'hypertrophie de la prostate. Th. Montpellier, 1904.
- BEYER. — Ein Fall von primären Prostatakarzinoms. Inaug. Diss., Greifswald, 1896.
- BIDLOT. — Le cancer de la prostate. Scalpel. Liège, 1904-1905, t. XLII, p. 41-44.
- BILLROTH. — Carzinom der Prostata. Chir. Erfahrung. Zurich, 1860, p. 67.
- Carzinom der Prostata. Chir. Klin. Wien., 1876-1877. Berlin, 1879.
- BODDAERT. — Cancer prostatique opéré par le procédé de Freyer. Quelques considérations sur le traitement et la fréquence des tumeurs cancéreuses de la prostate. J. de ch. et Ann. de la Soc. belge de ch. Bruxelles, 1907, 371.

- BODDAERT. — Prostatectomie transvésicale pour cancer. J. méd. de Bruxelles, 1907, XII, 430.
- SCHOENFELD et BEYER. — Un cas de prostatectomie pour cancer de la prostate. Ann. Soc. méd. de Gand, 1907, LXXXVII, 125.
- BOUVIER. — Cancer de la prostate. Bull. de l'Acad. royale de Paris, 1837-1838, p. 732.
- BRAUN. — Ueber osteoplastisches Karrinom der Prostata zugleich ein Beitrag zur Genese der perniciosen Anämie. Wien. med. und Wochensch., 1896, t. XIII, XIV.
- BULLETIN OF THE JOHN'S HOPKINS HOSPITAL, juillet 1909. — A report of two case of osteoplastich carcinom of the prostat, with a rewiew of the litterature.
- CAMPBELL. — Carcinome de la prostate. The Montreal med. Journal, 1909, 479-482.
- CARLIER. — A propos de deux observations de cancer de la prostate. Bull. de la Soc. méd. du Nord. Lille, 1893, XXXII, 96-216.
- Ablation transvésicale. Écho méd. du Nord, Lille, 1909, p. 282-294.
- CARMOUGE. — De la prostatectomie totale transvésicale par la voie sus-pubienne. Étude sur le procédé de Freyer. *Thèse de Bordeaux*, 1904.
- CECCHERELLI. — Les tumeurs malignes de la prostate. La clinica chirurgica, 31 sept. 1908.
- CHOLTZOFF. — Ann. des mal. des org. gén.-urin. Paris, 2 août 1909.
- COPPÉRÉ. — Essai sur la prostatectomie en deux temps. *Thèse Lyon*, 1907.
- COWPLAND. — Medullary cancer of the prostat gland. Path. trans. London, 1877, p. 179.
- COURVOISIER et WALTER. — Das prostatakarcinom. Inaug. diss. Basel, 1901.
- DEAVER. — Chirurgie de la prostate. Ann. Journ. of med. sc., juillet 1904. In Annales des mal. des org. gén.-ur. Paris, 1906.
- DESNOS. — Des opérations palliatives contre le cancer de la prostate. Ass. fr. de ch. de Paris, 1896, p. 550.

- DESNOS. — Indications de la prostatectomie. *Pr. méd.*, 1905, p. 785.
— Article du dict. Dechambre.
— et MINET. — Traité des maladies des voies urinaires, 1909.
- DOERFLER. — Beitrag zur Symptomatologie der Prostatacarzinoms. *Münch. med. Wochensch.*, 1903, n° 10.
- DUBUC. — Mort subite dans un cas de cancer de la prostate. *Soc. de méd. Paris*, 3 juin 1896.
- ENGELBACH. — Les tumeurs malignes de la prostate. *Th. Paris*, 1888.
- ESCAT. — Rapport sur les indications de la prostatectomie. *Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, 1904, p. 1663.
- EXNER. — Beitrag zur Histologie der Prostatakarzinom. *Inaug. diss.*, Greifswald, 1872.
- FÄYSTE. — De la prostatectomie périnéale. Thèse de Lyon, 1904.
- FAURE. — De l'importance des douleurs irradiées et à distance dans le pronostic et le diagnostic du cancer. *Gaz. hebdom.*, 16 fév. 1896.
— et JACKSON. — Scirrhus of the prostat gland, suppression of urine, necropsy. *Lancet. London*, 1885, p. 843.
- FENWICK. — Valeur de l'urétrotomie dans le cancer. *J. de chirurgie*, juillet 1908, 638.
- FISCHER. — Ueber ein Fall von Carcinoma der Prostata. *München*, 1895.
- FORGUE. — Article du Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
- FOURNIER. — Du traitement chirurgical dans le cancer de la prostate. *Th. de Bordeaux*, 1905.
- FREYER. — *British med. Journal*, 20 mai 1905.
- FÜRSTENHEIM. — Frühdiagnose und chirurgische Behandlung der Prostatakarzinoms, mit Besonderer Berücksichtigung der Bottinischen Operation als palliative Verfahren. *Deutsche med. Zeitung. Berlin*, 1904.
- GARDNER. — Le cancer de la prostate. *Gaz. des Hôp.*, 1906.
- GAYET. — Cancer de la prostate, prostatectomie périnéale, guérison. *Lyon Méd.*, 1903, 705-708.

- GROSGLICK. — Tumor of the prostat gland with unusual course; symptomatology and pathological anatomy of cancer of the prostat. *Medycyna in Kron. Lek. 'Warszawna*, 1908, 472-503.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. Paris, 1887.
- HALLOPEAU. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la prostate. *Thèse de Paris*, 1906.
- HANISON. — Remarks on cancer of the prostat and the relation of cases for suprapubic prostatectomy. *Brit. J. med.*, 4 juil. 1903.
- JOLLY. — Essai sur le cancer de la prostate. *Arch. gén. méd.* Paris, 1869, p. 577.
- JULIEN. — Contribution à l'étude cl. du cancer de la prostate. — *Th. de Paris*, 1895.
- KAPSAMMER. — Ein Betrag zur Klinik der Prostatakcarzinom. *Wien. Clin. Wochensch.*, 1903.
- KÜSTER. — Total extirpation der Prostata und Plase wegen Carzinom. *Verhandl. des Deutsch. Gesellsch. f. chir. Congress.*, 1891.
- LABADIE. — Du cancer de la prostate. *Th. de Lyon*, 1895.
- LEGUEU. — Le cancer de la prostate. *Méd. mod.*, 22 mars 1905.
- LUYS. — Résult. de la prostatect. transv. *La Clinique*, juil., 1909.
- LOUMEAU. — Deux cas de cancer de la prostate. *Ann. de la polycl. de Bordeaux*, 1900, n° 8.
- LORÉE. — Prostatic cancer of the j. of t. am. med. ass. pul., 1909.
- MANSELL-MOULIN. — *Journal de chirurgie*, juil., 1909.
- MATSUMOTO. — Preparations of primary carcinom of the prostat. Hisukwa Kiu hiniokikwa Zasshi. *Tokio*, 1907. VII, 533-535.
- MEYER. — Methods of prostatic surgery. *Med. soc. of the State of New-York*, 1^{re} fév., 1905.
- MOLIN. — Hypertrophie maligne de la prostate. *Soc. des sciences, méd. de Lyon*, janv., 1904.
- MOTZ et MAJEWSKI. — Contribution à l'étude anatomique et clinique des cancers épitheliaux de la prostate. *Ann. des maladies des org. gén.-urin.* Paris, 1907, I, 161-215.

- Oraison. — Du cancer primitif et limité de la prostate, et son traitement par la prostatectomie périnéale totale. *Ann. des maladies des org. gén.-urin.* Paris, 1903, p. 108.
- PAUL. — Du traitement du cancer de la prostate. *Th. de Lyon*, 1894.
- PIOLLENC. — Étude clinique sur 250 obs. nouvelles de prostatectomie périnéale. *Th. de Lyon*, 1906.
- PORTER. — Cancer of prostat; complete prostatectomy by Loring's methode. Boston, 1907.
- POUSSON. — Précis des mal. des voies urinaires. — Paris, 1909.
— Sur les indications de la prostatectomie. *Soc. de ch. de Paris.* 8 mai 1904.
- RAFIN. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. Paris, 1907, p. 196-198.
— *Lyon Médical*, juin, 1909.
- RIGAUD. — Du cancer de la prostate. *Th. de Bordeaux*, 1891.
- RIVET. — Tumeurs de la prostate. *Gaz. méd. de Nantes*, 1907, 2^e s., p. 231.
- ROCHET et THÉVENOT. — Un cas intéressant de cancer prostatique forme abcédée; prostatectomie, autopsie au bout d'un an. *Ann. des org. gén.-urinaires.* Paris, 1907, 266-272.
- SOCIN. — Die Krankheiten der Prostata im Handbuch der allgem. und spec. Chir. von Pitha und Billroth, p. 271. Stuttgart, 1873.
- THOMPSON et WALKER. — Malignant diseases of the prostata statistical study based on the records of the Middlesex Hospital. *The arch. of Midd. Hosp.* 1903.
- VERHOOGEN. — Ueber ein Fall von Totalexstirpation der Prostata wegen maligner Neubildung.
Centralblatt. f. die Kr. d. Harn. und Sexualorgan. Berlin, 1898, p. 19.
- VOILLEMIER et LE DENTU. — Traité des mal. des voies urinaires, t. II.
- WALTER. — Zur Casuistik des Prostatakarzinoms und ein Fall von Primärkarzinom d. Samenbläschen. Greifswald, 1891.
- WALTON. — Carcinoma of the prostat gland. *Pathol. Transact.*, 1848, p. 287.

WIENECKE. — Ein Fall von Prostatakarzinom. Göttingen, 1901.

WINIWARTER. — Beiträge zur Statistik der Karzinom, 1878, p. 272.

WIESINGER. — Fall von Prostatakarzinom. Aertzliches Verein.
Hamburg, 1899, déc.

YUNG. — John's Hopkins Hospital Bulletin, t. XVI, oct. 1905,
page 315.

ZIEGLER. — De la circulation veineuse de la prostate. *Thèse de*
Bordeaux, 1893.

